

OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya

Anàlisi territorial

Desembre de 2015

<http://observatorisalut.gencat.cat>



Agència de Qualitat
i Avaluació Sanitàries de Catalunya



Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública de Catalunya

| PINSAP | Pla interdepartamental
de salut pública

25
ANYS
LOSC

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat adscrita al Departament de Salut. La seva missió és generar el coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat, la seguretat i sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya, posant l'enfocament en l'avaluació i utilitzant com a instruments principals la informació, el coneixement i les tecnologies de la informació i les comunicacions. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (NAHTA) i de la International School on Research Impact Assessment (ISRIA), és membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), del grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya i de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona

Tel.: 93 551 38 88

Fax: 93 551 75 10

<http://aquas.gencat.cat>

© 2015, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Correcció: AQuAS



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.ca>

OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya

Anàlisi territorial

Desembre de 2015

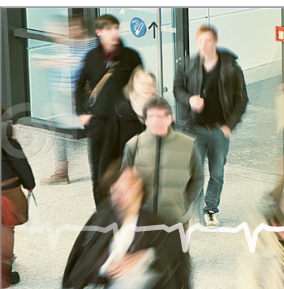
Agraïments

L'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya vol agrair la seva col·laboració i les seves valuoses aportacions a l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat), a l'Observatori d'Empresa i Ocupació, al Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya (CEEISCAT), al CatSalut, i a la Secretaria de Salut Pública, la Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitàries i la Direcció General de Planificació i Recerca en Salut del Departament de Salut.



Índex

Resum executiu	7
Introducció	13
Determinants socioeconòmics	19
El producte interior brut (PIB) i el valor afegit brut (VAB)	21
L'atur	25
La renda, la pobresa i la desigualtat	26
L'evolució de la població	33
L'educació	35
Els pressupostos	36
Idees per emportar-se a casa i resum d'indicadors	37
Estat de salut	41
L'esperança de vida	43
La salut percebuda	44
La mortalitat, la mortalitat evitable i la mortalitat per suïcidi	44
La salut mental	47
El consum de psicofàrmacs	47
Anàlisi de la utilització de serveis per grups vulnerables	49
Els hàbits i estils de vida	51
Els embarassos, els naixements i les interrupcions voluntàries de l'embaràs	56
El baix pes en néixer	57
Les infeccions	58
Accessibilitat i qualitat percebuda dels serveis sanitaris	62
Idees per emportar-se a casa i resum d'indicadors	65
Relació d'indicadors socioeconòmics amb indicadors de salut	69
Implicacions en les polítiques públiques	75
Metodologia	83
Bibliografia	91



Resum executiu

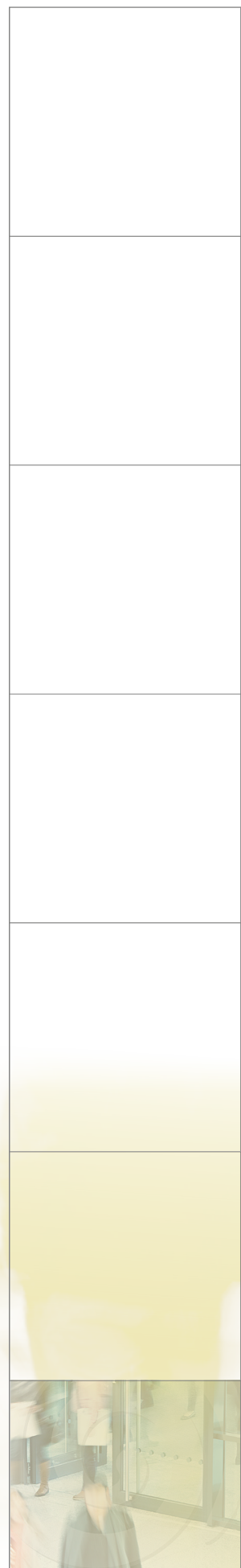
Antecedents

- En el marc de la crisi econòmica el Govern de la Generalitat va veure la necessitat i la importància de monitoritzar l'evolució dels indicadors de salut per mesurar-ne l'impacte. És per això que a finals de l'any 2013, el Govern va acordar la creació de l'Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut que va presentar el seu primer informe l'any 2014.
- L'informe actual fa el seguiment dels principals indicadors socioeconòmics i de salut i analitza la seva evolució, considerant, també, els indicadors relacionats amb els determinants socials de la salut, a nivell territorial. A partir de les necessitats detectades, realitza propostes per definir o redefinir estratègies dirigides a l'abordatge dels efectes de la crisi.
- L'anàlisi és realitzada a través de dos grans blocs. El primer recull les variables relacionades amb els determinants socioeconòmics (el valor afegit brut, l'atur i els pressupostos de la Generalitat, i analitza amb més detall la renda, la pobresa i la desigualtat). El segon bloc és el de l'estat de salut (esperança de vida, salut percebuda, mortalitat, consum de tabac, alcohol, obesitat i sobrepès, mortalitat per suïcidi, embarassos, naixements, interrupcions voluntàries de l'embaràs i infeccions). En aquest bloc també es mostren dades d'accessibilitat (llistes d'espera, medicació hospitalària de dispensació ambulatoria) i s'analitzen els resultats per grups vulnerables. Per últim, l'informe mostra un conjunt d'indicadors socioeconòmics relacionats amb indicadors de salut per comarques.

Determinants socioeconòmics

- L'any 2009, el PIB de Catalunya va presentar una reducció respecte a l'any anterior del 3,5%, tendència que va durar fins a l'any 2013 (-1,2% respecte al 2012). L'any 2014, el PIB presenta una taxa de variació positiva respecte a l'any anterior de l'1,4%.
- El valor afegit brut (VAB), l'indicador que permet mesurar l'activitat econòmica generada per un territori, ha caigut un 4,9% entre els anys 2007 i 2013. Tenint en compte que la població de Catalunya ha augmentat en aquest període, l'efecte de la crisi en el VAB per capita és molt més gran (9,2%). L'any 2007 el VAB per capita era de 19.802 € mentre que l'any 2013 va ser de 17.973 €.
- Per sectors productius, el VAB del sector serveis representa un 70% del total i ha crescut un 2,3% entre 2007 i 2013. Més concretament, el subsector de sanitat i serveis socials representa el 39,7% d'aquest grup i ha crescut un 10,6% entre 2007 i 2013.
- El percentatge d'aturats a Catalunya va arribar al seu màxim l'any 2013 (23%), començant-se a reduir a partir de 2014 (20,3%). El mateix any, la taxa d'atur de l'Estat espanyol era lleugerament superior (24,5%), mentre que la de la mitjana de la Unió Europea estava en nivells molt inferiors (10,2%). Totes les comarques catalanes han vist incrementada la seva taxa d'atur en el període 2007-2014.

- L'atur de més de dos anys mostra una tendència creixent, passant del 16% (2007) al 27,5% (2014). La variació en el nombre de persones aturades ha mostrat un increment del 116,7% en el període 2007-2014. Les comarques amb valors més elevats són el Montsià (224%), el Segrià (214%) i la Val d'Aran (205%), mentre que les comarques amb valors més baixos són el Ripollès (76,7%) i la Cerdanya (63,7%).
- La renda disponible a les llars catalanes ha disminuït un 8% entre l'any 2009 i el 2013, i la desigualtat entre comarques ha augmentat. Les comarques que presenten una major disminució entre 2007 i 2012 són la Val d'Aran (24%), l'Urgell (23,5%), el Montsià (22,2%) i la Terra Alta (20,4%). A l'altre extrem, les comarques que més han augmentat la renda disponible són el Vallès Oriental (5,1%), el Vallès Occidental (6,3%), el Barcelonès (7,6%) i el Baix Llobregat (16,3%).
- L'any 2009 hi havia 1.460.000 persones per sota del llindar de pobresa (18,4% de la població catalana) i el 2014 n'hi havia 1.538.300 (20,9%). El patró de pobresa ha canviat en el període de crisi: el 2014 els menors de 16 anys eren els que mostaven un major risc de pobresa, seguits de la població entre 16 i 64 anys i, finalment, dels majors de 64 anys. Abans de la crisi eren els majors de 64 anys el col·lectiu més afectat per la pobresa.
- La taxa de risc de pobresa de les persones ocupades va ser de l'11,7% l'any 2014, pujant lleugerament respecte a l'any 2013 (11,4%). L'any 2007 el 36% de la població estava sota el llindar de la pobresa abans de rebre transferències socials, i després de rebre-les representa el 18%. L'any 2012, la població en risc de pobresa era el 45% abans de les prestacions i va passar al 20% després de rebre-les. Són les transferències socials, doncs, les que estan ajudant a mantenir la renda disponible de moltes famílies a Catalunya.
- L'índex de Gini l'any 2009 era de 32,2, mostrant una evolució constant fins a l'any 2013, i obtenint un valor de 31,9 l'any 2014. Aquest nivell de desigualtat és superior al de la mitjana de països de la Unió Europea (30,9), similar al del Regne Unit (31,6) i inferior al de l'Estat Espanyol (34,7). Suècia (25,4) i Noruega (23,6) tenen nivells de distribució més equitativa de la riquesa.
- L'any 2005 la renda del 20% de la població més rica era 4,7 vegades la renda del 20% de la població més pobre i a l'any 2014 era 5,7 vegades superior. Aquesta ràtio mostra una tendència creixent des de l'any 2007 fins al 2013, i el 2014 es mostra una reducció de la desigualtat. A l'Estat espanyol, l'any 2014 la ràtio S80/S20 era de 6,8 i a la mitjana de la Unió Europea era de 5,2.
- La població va experimentar una disminució l'any 2013 després de molts anys de creixement. Hi ha hagut un canvi de patró migratori: s'ha passat d'un saldo migratori positiu de 19,5 immigrants per cada 1.000 habitants l'any 2005 a un valor negatiu de -2,7 l'any 2013. El nombre de persones entre 16 i 29 anys s'ha reduït un 18,6% entre el 2005 i el 2013.
- La taxa de natalitat de l'any 2014 era de 9,6 nascuts vius per mil habitants, mentre que la de l'any 2007 era d'11,6, un 17% inferior. Respecte a l'Estat espanyol (9,1 per mil habitants), la taxa de natalitat a Catalunya és lleugerament superior, i respecte a la mitjana de la Unió Europea (10,0 per mil habitants) és lleugerament inferior.



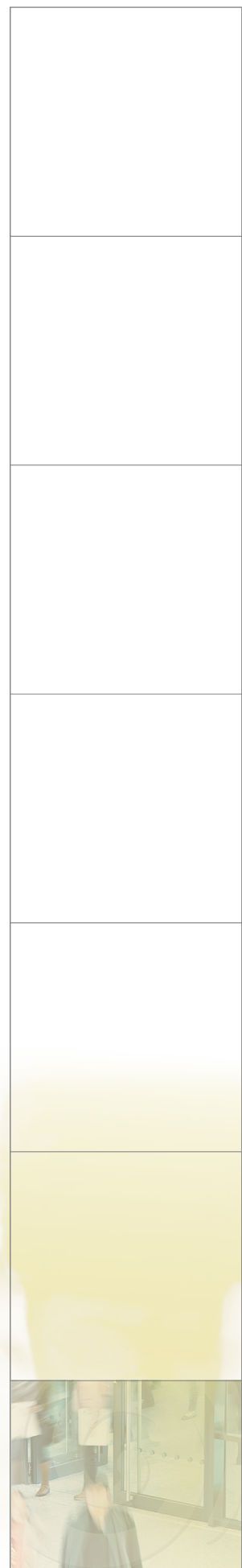
- La taxa d'escolarització de l'educació secundària no obligatòria ha augmentat un 16,6% entre els anys 2004 i 2012, passant d'un 72,2% a un 84,1%. La variabilitat entre comarques és petita: els valors van del 75,1% de la Garrotxa al 100% de l'Alt Urgell.

Estat de salut

- L'esperança de vida de l'any 2013 era de 80,3 anys per als homes i de 86,0 anys per a les dones. En el període 2007-2013 l'esperança de vida ha incrementat 1,8 anys, 1,5 en dones i 2,6 en homes. Els valors d'esperança de vida són molt similars a la mitjana de l'Estat espanyol, tant en homes (80,2 anys) com en dones (86,1 anys), i són superiors als de la Unió Europea (77,8 i 83,3 anys, respectivament).
- L'esperança de vida en bona salut (EVBS) ha millorat en el període 2007-2013: l'any 2005 era de 63,0 anys (homes) i 60,5 anys (dones), mentre que a l'any 2013 els valors eren de 67,3 (homes) i 68,8 anys (dones).
- Entre el 2006 i el 2013 la mortalitat (general i en menors de 70 anys) ha mantingut la tendència a la baixa observada abans de la crisi econòmica. Les taxes de mortalitat a Catalunya prenen valors lleugerament inferiors a la mitjana de l'Estat espanyol, tant en homes com en dones, i molt inferiors a la mitjana de la Unió Europea.
- La variabilitat en la mortalitat a nivell comarcal s'ha mantingut constant en nivells baixos. Les comarques que presenten una mortalitat elevada en com a mínim dos dels tres darrers anys (2011-2013) són l'Anoia, el Baix Camp, el Baix Llobregat, el Garraf, el Maresme i el Segrià. D'aquestes, el Baix Camp i el Segrià ja havien presentat resultats desfavorables en algun any anterior a la crisi, sense que la distància respecte a la mitjana (Catalunya) s'hagi modificat. El Barcelonès presenta una mortalitat més baixa que la mitjana, tendència que ja es podia observar abans de l'inici de la crisi.
- Des de l'any 2007 la taxa de mortalitat per suïcidi mostra una tendència creixent, situant-se l'any 2013 en valors similars als de principis de la dècada dels 2000. Gran part de l'augment de la taxa de mortalitat per suïcidi s'explica per l'increment experimentat entre les persones de 40 a 60 anys. Cal destacar que tres de cada quatre difunts per suïcidi són homes.
- La mortalitat evitable ha seguit la mateixa tendència decreixent que la mortalitat general durant el període 2007-2014, però amb un decreixement inferior. Això es deu al fet que algunes de les causes han presentat evolucions desfavorables: en les dones, l'evolució desfavorable de la mortalitat per tumor maligne de pulmó i per la resta de causes externes, i en ambdós sexes la mortalitat per suïcidi. En canvi, la mortalitat evitable per malaltia isquèmica del cor i per malaltia cerebrovascular han presentat una tendència molt favorable.
- La població aturada presenta pitjors resultats que la població ocupada tant a l'any 2006 com al període 2013-2014, en la prevalença del risc de mala salut mental analitzat a partir del *General Health Questionnaire* (GHQ).
- L'any 2014 la població de 15 a 64 anys amb copagament tenia una taxa d'hospitalització de 90,5 per mil habitants, mentre que per a les persones exemptes del copagament la taxa estandarditzada era de 132,6 per cada mil habitants. Les

persones exemptes de pagament multipliquen per 1,5 la probabilitat de ser ingressades amb relació a la població que té copagaments.

- L'any 2014 les persones d'entre 15 i 64 anys que van anar com a mínim un cop a l'atenció primària van realitzar una mitjana de 6 visites; en les persones que estan exemptes de copagament la mitjana de visites per pacient va ser de 8,1. Aquest grup de persones va realitzar un nombre de visites 1,4 vegades més alt que la població general.
- L'any 2014 entre el grup de persones de 15 a 64 anys que realitza copagament, un 3,1% van ser ateses a centres de salut mental, mentre que entre les persones del mateix grup d'edat que estan exemptes de copagament el percentatge de persones ateses va ser del 10,9%. Les persones exemptes de copagament van ser ateses 3,5 vegades més que la població amb copagament.
- El consum de tabac ha disminuït entre el 2006 (29,4%) i el 2014 (25,9%) per la població general. S'observa un canvi en el patró de consum de tabac: al 2006 no es veia un patró de consum segons situació laboral, mentre que al 2013 i 2014 es veu com les persones que estan en atur, i sobretot els homes, consumeixen més tabac que les no aturades. Ha disminuït el consum de tabac en les dones, en totes les situacions laborals.
- El consum de risc d'alcohol s'ha mantingut igual entre el 2006 i el 2014 (4,5%). El consum de risc d'alcohol també varia segons la situació laboral: l'any 2013 i 2014 les persones en atur tenen una major prevalença de consum de risc d'alcohol que les no aturades. Les dones declaren menor consum de risc d'alcohol que els homes en tots els casos.
- La població amb excés de pes (obesitat i sobrepès) s'ha mantingut bastant semblant entre 2006 (48,7%) i 2014 (48,1%). L'any 2006 hi havia una prevalença més elevada d'excés de pes en la població a l'atur, mentre que no s'observen diferències segons la situació laboral en els anys 2013 i 2014.
- Entre 2007 i 2014 hi va haver una reducció del 8% dels embarassos i la taxa de naixements va disminuir un 7,3%. En el mateix període, s'observa una baixada d'un 11% de la taxa d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE). Entre 2007 i 2014 els embarassos en noies adolescents s'han reduït un 35,6%, produint-se també una reducció de les IVE en aquesta franja d'edat.
- La taxa d'incidència de tuberculosi a Catalunya, entre 2007 i 2014, mostra una tendència decreixent, però encara continua presentant una taxa superior a la dels països industrialitzats. La incidència de la malaltia varia entre les persones autòctones (9,8 casos per 100.000 habitants) i les nouvingudes (40,8 casos per 100.000 habitants).
- Entre 2007-2014 es produeix un fort increment de casos de sífilis i gonocòccia. Al 2014 les taxes en homes van ser de 31,5 per 100.000 habitants en el cas de la sífilis, i de 36,3 per 100.000 habitants en el de la gonocòccia, i en les dones 4,3 i 6,1 per cada 100.000 habitants, respectivament.
- El nombre d'infeccions per VIH s'ha mantingut estable entre 2007-2014, sofrint una lleugera baixada principalment en les dones, que ja partien de taxes més baixes. Els homes han passat d'una taxa del 17,6 per cada 100.000 habitants l'any



2007 a una del 18,6 el 2014; i les dones en el mateix període han passat d'una del 4,7 a una del 2,2 per 100.000 habitants.

- L'activitat quirúrgica programada ha augmentat entre 2011 i 2014 després d'un període de disminució entre els anys 2008 i 2011. El nombre de pacients que s'esperen per ser sotmesos a una operació ha disminuït un 24% a les operacions garantides (6 mesos) i un 12% al global d'operacions quirúrgiques.
- Entre 2008 i 2014 la despesa en medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA) ha augmentat un 25%, passant d'una despesa de 560 milions d'euros a 699 milions d'euros. La limitació de finançament establerta per l'Estat espanyol no va ser aplicada pel Departament de Salut.
- La satisfacció ha mantingut els resultats que hi havia abans de la crisi i, en general, en el període 2012-2014 ha millorat en la majoria de serveis. Les valoracions de 2008 i 2009 van ser les que van obtenir resultats més baixos.
- En general, les comarques de Catalunya amb una taxa d'atur de més de dos anys més elevada tenen una esperança de vida menor. La relació de la renda familiar disponible bruta i l'esperança de vida és menys clara, ja que la primera inclou els ingressos procedents de les prestacions socials.

Implicacions en les polítiques públiques

- Atesa la complexitat i l'impacte múltiple que produeixen les crisis econòmiques, l'abordatge des de les polítiques públiques per pal·liar els seus efectes ha de ser intersectorial. Eines com el Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP) són clau per garantir aquesta aproximació transversal, actuant sobre els determinants de la salut per reduir o eliminar les desigualtats en salut.
- Les persones aturades de llarga durada presenten pitjor salut. Aquest col·lectiu ha continuat augmentant, a diferència de les persones aturades, que estan disminuint els darrers anys. Davant d'aquesta situació és important mantenir i enfortir les polítiques actives d'ocupació per aturats de llarga durada com els programes mixtos de treball i formació, els itineraris d'inserció laboral, els programes de col·laboració social, entre d'altres.
- El nivell educatiu de les persones és determinant per l'ocupació, el nivell d'ingressos i la salut i per la mobilitat intergeneracional social i de salut. Cal continuar desplegant polítiques d'educació per mitigar l'exposició als riscos econòmics i socials. Mesures com el Pla ofensiu de país a favor de l'èxit escolar han de continuar treballant per millorar el nivell educatiu de la població.
- La disponibilitat i l'accés a un habitatge digne en un entorn físic i comunitari adequat repercuteix sobre la salut de les persones, tant físicament com psicològica i social. Les polítiques d'habitatge també han de tenir un paper rellevant per mitigar els efectes de la crisi sobre la salut. Algunes de les actuacions que ja està desplegant el Govern són el Pla pel dret a l'habitatge i la Protecció enfront de la pobresa energètica (part de la Llei 20/2014 ha estat recorreguda pel Govern de l'Estat).
- El perfil de persones que viuen per sota del llindar de la pobresa ha canviat durant aquests anys de crisi. Abans eren les persones de més de 64 anys les que presen-

taven més risc i ara són les menors de 16 anys (en primer lloc) i les persones d'entre 15 i 64 anys (en segon lloc). Cal continuar desplegant polítiques d'abordatge de la pobresa com el Pla d'acció de lluita contra la pobresa i per la inclusió social a Catalunya.

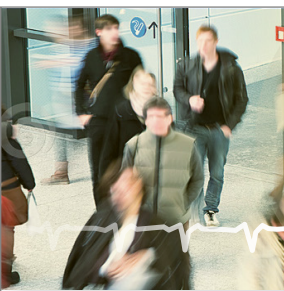
- Cal prioritzar les polítiques d'ocupació per a joves, com el Programa Joves per l'ocupació i la formació de joves de 16 a 24 anys que no estudien ni treballen.
- En relació amb els altres col·lectius vulnerables és important reforçar polítiques públiques orientades a lluitar contra les desigualtats en grups de població que en un context previ a la crisi ja mostraven majors desigualtats.
- Una cobertura universal de la població, una despesa adequada, uns copagaments baixos i evitables segons renda, i una priorització dels serveis més cost-efectius fan del sistema sanitari un amortidor dels efectes negatius d'una crisi. En aquest sentit, a Catalunya, des de l'any 2012, el Servei Català de la Salut ha desplegat un conjunt d'instruccions (Instrucció 08/2015; Instrucció 03/2013) per garantir l'accés a l'atenció sanitària dels estrangers empadronats, i ha aprovat un conveni amb la Creu Roja per donar cobertura sanitària a aquells grups de la població sense accés a l'empadronament i en situació de vulnerabilitat. D'altra banda, per tal de protegir els grups més vulnerables de la població dels efectes d'aquests canvis, el Servei Català de la Salut està assumint el 90% de la despesa de medicaments dels malalts crònics (4% de la població).
- Les polítiques i intervencions orientades a protegir i promoure la salut mental, prevenir els suïcidis, tractar trastorns mentals i preveure l'abús d'alcohol, semblen especialment significatives en temps de dificultats econòmiques, sobretot en el grup de desocupats.
- Tot i que Catalunya presenta una mortalitat per suïcidi molt inferior a l'europea, el seu increment fa necessari posar en marxa polítiques destinades a reduir el risc de suïcidi, com el Codi risc de suïcidi.
- Els ajustos pressupostaris públics produïts com a conseqüència de la crisi econòmica fan necessària una reflexió des de les polítiques públiques sobre les eines que hauran de facilitar la incorporació d'innovacions (farmacològiques, dispositius, aparells, etc.) prioritzant aquelles més cost-efectives i contemplant la desinversió.
- El desplegament de totes aquestes polítiques públiques ha de preveure la seva avaluació a mitjà i llarg termini, per tal d'anar validant la seva utilitat i impacte, i possibilitant la seva adaptació als canvis que es vagin produint en l'entorn.

OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Introducció





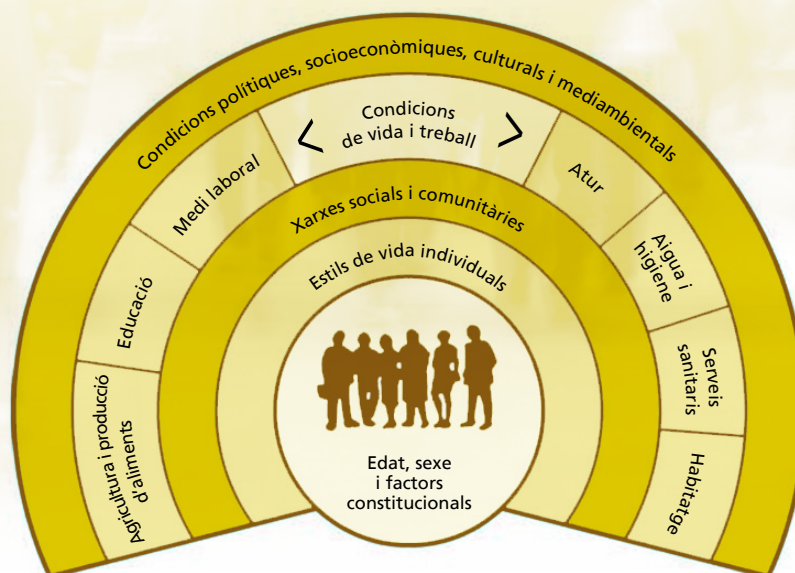
Introducció

La crisi econòmica iniciada l'any 2008 va tenir el seu principal impacte en la reducció de l'ocupació, que es va traduir en una disminució dels ingressos familiars i públics, que junt amb l'increment del deute i limitacions del dèficit, ha obligat a les administracions públiques a reduir els seus pressupostos.

En el marc d'aquesta crisi econòmica sostinguda, el Govern de la Generalitat va veure la necessitat i la importància de monitoritzar l'evolució dels indicadors de salut per mesurar-ne l'impacte. En aquest context, a finals de l'any 2013, el Govern va acordar la creació de l'Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població, en el marc de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, per fer el seguiment dels principals indicadors de salut i aquells relacionats amb els determinants de la salut i, en cas que fos oportú, reorientar les polítiques per respondre a les necessitats identificades.

L'impacte de les recessions i crisis econòmiques sobre les condicions de vida i de salut de les poblacions és diferent en cada període i país: depèn del tipus, durada i intensitat de la crisi, i del tipus i velocitat dels canvis que es produeixen. Però no només això, la situació econòmica, política i social de cada país prèvia a la crisi, les mesures adoptades pels governs per protegir les persones, i el paper de les comunitats, les estructures familiars i les xarxes socials existents, també influencien en l'impacte (Rivadeneira-Sicilia et al., 2014) (Cortès-Franch et al., 2014). Aquest pot ser en part immediat però sol tenir seqüeles també tardanes.

L'any 2014 l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya va publicar el primer informe de l'Observatori, *Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya*, amb el qual es va analitzar l'impacte de la crisi sobre la salut. El marc conceptual a través del qual es realitzava l'anàlisi era el dels determinants de la salut, que contempla els estils de vida, els factors biològics, les xarxes socials i comunitàries, l'educació, les condicions de vida i treball, l'habitatge, els serveis de salut pública i d'atenció sanitària, els serveis socials, fins al context general socioeconòmic, cultural i d'entorn, tal com recull el model de Dahlgren i Whitehead (Dahlgren et al., 2007).



Els determinants de la salut de la població es poden representar com una sèrie d'estrats concèntrics al voltant d'unes característiques individuals com ara l'edat, el sexe i alguns factors constitucionals que no són modificables. Al seu voltant, hi ha una sèrie d'influències modificables per l'acció política. En primer lloc, hi ha els estils de vida individuals, entre els quals s'inclou el consum de tabac o d'alcohol i l'activitat física. En segon lloc, les persones interaccionen entre elles i amb el seu entorn integrades en xarxes socials i comunitàries. Al tercer estrat hi ha les condicions de vida i de treball, l'alimentació, l'accés a béns i serveis fonamentals, com ara l'educació o els serveis sanitaris. Finalment, com a mediadors de la salut, les influències econòmiques, culturals i ambientals actuen sobre totes les altres capes. És així com molts dels problemes de salut més rellevants estan subjectes a la influència d'aquests determinants i de les condicions de vida de les persones. S'estima que un 80% dels determinants de la salut són fora del sistema sanitari.

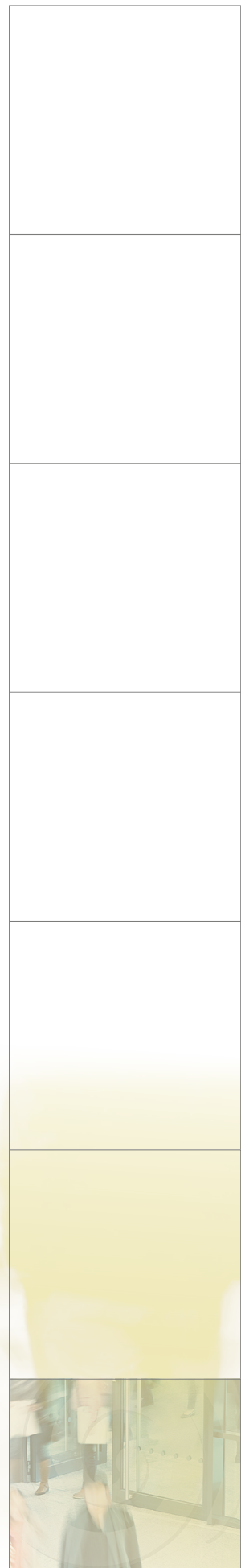
A tots els països del món s'observen desigualtats en la salut de la ciutadania, que deriven principalment de les condicions en les quals les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen. D'acord amb la Declaració universal dels drets humans, tota persona té dret a un nivell de vida que asseguri, per a ell i la seva família, la salut i el benestar, especialment quant a alimentació, vestir, habitatge, assistència mèdica i els serveis socials necessaris.

El Govern de la Generalitat, conscient de la importància dels determinants socials i econòmics per explicar la salut de la població, va aprovar el Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP) en què participen tots els departaments i que té com objectiu desenvolupar iniciatives transversals de promoció de la salut i prevenció de la malaltia, abordant els determinants de la salut, introduint «salut en totes les polítiques». Les principals línies d'actuació del PINSAP se centren en la reducció de les desigualtats en salut.

Revisió de la literatura sobre els efectes de les crisis en la salut

La revisió de la literatura sobre l'impacte de les crisis econòmiques en la salut de les poblacions mostra una gran variabilitat quant a tipus d'estudis i un ampli ventall de resultats. La major part dels estudis que presenten efectes concrets sobre la salut són a llarg termini: quan es consideren indicadors de mortalitat habitualment es mostren els efectes molts anys després de la crisi. En aquests estudis també s'apunta a un augment de la mortalitat de totes les causes associades a l'atur, més elevada en homes que en dones en edat laboral, i com aquest augment tendeix a ser menys marcat a partir dels deu anys de seguiment (Roelfs et al., 2011). Entre els efectes que es mostren de forma més consistent en diferents crisis i situacions hi ha l'augment dels suïcidis. L'impacte de la crisi actual en la salut mental també ha estat analitzat en diversos estudis i aquesta repercussió és àmpliament acceptada. En aquest sentit, es parla d'un augment de la prevalença de problemes de salut mental, amb una probabilitat major de patir algun problema de salut mental entre els aturats, i encara major entre els desnonats (Novoa et al. 2015).

L'informe de la Societat Espanyola de Salut Pública i Administració Sanitària —SESPAS— 2014 fa una aproximació a l'impacte de la crisi econòmica actual en la població espanyola i les experiències de crisis prèvies, i presenta evidències del seu efecte sobre els determinants de la salut, els canvis en alguns estils de vida i d'accés als serveis sanitaris (Cortès-Franch et al., 2014). Més recentment, SESPAS s'ha posicio-



nat respecte de la pobresa infantil a Espanya i ha proposat una sèrie de mesures d'intervenció (SESPAS).

L'informe sobre el sistema de salut a l'Estat espanyol de la Fundación de Estudios de Economía Aplicada – FEDEA (Jiménez-Martín et al., 2014) i les conclusions del projecte europeu SOPHIE (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2015) senyalen que tant a Catalunya com a nivell de l'Estat espanyol, l'estat general de salut és bo; indicadors com l'esperança de vida o la mortalitat general no sembla que s'hagin vist afectats per la crisi econòmica. Com a dada positiva també mostren la disminució dels accidents de trànsit; aquesta tendència ja feia anys que s'apuntava però en els anys de la crisi s'ha accelerat. Per últim, en diverses anàlisis realitzades se senyala un augment dels indicadors de depressió, ansietat i altres trastorns mentals, i encara que el consum de medicaments ha disminuït, ha augmentat el consum de tranquil·litzants i pastilles per dormir en determinats grups d'edat (Carmona et al., 2015). Un altre dels efectes destacats en la bibliografia és l'increment de la freqüència de desordres de salut mental i abús d'alcohol, especialment entre les famílies que experimenten situacions d'atur i problemes amb el pagament de l'habitatge (Gili et al., 2012). Amb relació als infants i als adolescents, segons apunten altres estudis, aquests estan vivint canvis sobtats que afecten la seva salut, i l'accés als serveis el fan cada vegada més tard i amb diagnòstics més greus (Comissió Salut Mental FEDAIA, 2014).

A banda de l'anàlisi de la població general, hi ha informes i estudis que s'han centrat en els grups més vulnerables que han patit un major impacte en la seva salut. Per exemple, des de l'inici de la crisi, Càritas ha triplicat tant el nombre de persones ateses (1.300.914 l'any 2012), com el volum de recursos destinats a ajudes econòmiques directes a les famílies (44 milions d'euros el 2012) (Equipo de Estudios Cáritas Española, 2013). En aquest mateix sentit, l'Observatori de la Creu Roja de Catalunya ha analitzat la salut de les persones que reben suport d'aquesta institució (de Miguel et al., 2014). Les dades que presenten mostren com l'impacte de la crisi sobre la salut d'aquests col·lectius ha estat significativa. Algunes d'aquestes dades a tall d'exemple: només un 50,1% perceben el seu estat de salut com a bo, molt bo o excel·lent, davant del 75,3% de la població general; el percentatge de malaltia crònica és del 44%, superior en 2 punts al de la població en general; i s'incrementa el consum de medicaments, especialment els psicofàrmacs, amb una progressió molt superior a la de la població general.

A nivell local, cal valorar les aportacions que des de fa molts anys fa l'Agència de Salut Pública de Barcelona, que a través dels seus informes de salut mesura les desigualtats socials en salut des d'abans d'aquesta crisi i en els diferents barris de la ciutat (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2014).

El perquè d'aquest segon informe

Partint d'aquest abordatge de determinants de la salut, l'informe de 2014 mostrava com, a curt termini, la crisi havia impactat en determinants estructurals i intermedis però no sobre la salut de la població general —sí d'alguns col·lectius més vulnerables—. Entre les conclusions es senyalava la conveniència de continuar fent un seguiment de l'impacte de la crisi sobre la salut, i d'aprofundir en l'anàlisi territorial de les variables.

Seguint el mateix abordatge, aquest nou informe manté una estructura bastant similar, tot i que analitza alguns temes nous i d'altres amb més profunditat. El primer

capítol de determinants socioeconòmics descriu el valor afegit brut, l'atur i els pressupostos de la Generalitat, i analitza amb més detall la renda, la pobresa i la desigualtat, amb diversos indicadors nous i complementaris entre ells.

El segon capítol de l'informe tracta les conseqüències en la salut de la població dels determinants socioeconòmics abans descrits, analitzant l'impacte en indicadors molt directes com poden ser l'esperança de vida, la salut percebuda i la mortalitat. Anant un pas més enllà, es miren alguns altres impactes més específics i sensibles al canvi, com ara els hàbits i estils de vida (consum de tabac i alcohol, obesitat i sobrepès), la mortalitat per suïcidi, els embarassos, naixements i interrupcions voluntàries de l'embaràs i les infeccions (tuberculosi i VIH/sida). Per tal de detectar l'impacte en la salut a curt termini, a més d'analitzar els resultats a nivell del global de la població, s'han analitzat els grups vulnerables. En aquest sentit, sempre que les dades estan disponibles, s'ha analitzat l'impacte sobre la salut en funció de la situació laboral.

A continuació s'ha analitzat l'accessibilitat als serveis sanitaris, a través del nivell de cobertura, l'accés a intervencions quirúrgiques programades electives (llistes d'espera), la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (com a exemple d'accés a tractaments innovadors i molt especialitzats). També es fa una pinzellada sobre la satisfacció dels usuaris dels serveis, com a indicador de qualitat percebuda. La qualitat tècnica dels serveis no es tracta en aquest informe, ja que la Central de Resultats, cada any i des de 2012, avalua la qualitat dels serveis oferts als centres dels SISCAT (atenció primària, hospitalària, sociosanitària i de salut mental i addiccions), i posa a disposició de la ciutadania els resultats en format de dades obertes al seu lloc web: <http://observatorisalut.gencat.cat/>.

La novetat d'aquest any, però, és l'anàlisi territorial, analitzant aquests indicadors per comarques, per tal de copsar si la crisi ha tingut un impacte desigual al territori català. D'aquesta manera s'analitza, sempre que els indicadors estan disponibles, com ha evolucionat la variabilitat entre els anys anteriors a la crisi i l'actualitat. Tot i ser conscients que la comarca és encara un territori gran que pot emascarar diferències intraterritorials, sí que és prou petit com per a fer una primera anàlisi.

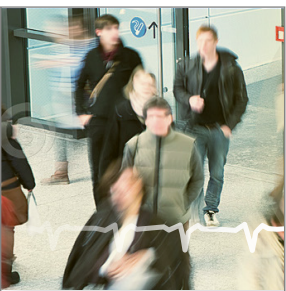
També, i de manera específica, s'ha realitzat una anàlisi d'utilització de serveis (prescripció de psicofàrmacs i hospitalitzacions) per grups vulnerables, aproximant aquest concepte a partir dels nivells del copagament de farmàcia.

OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Determinants socioeconòmics



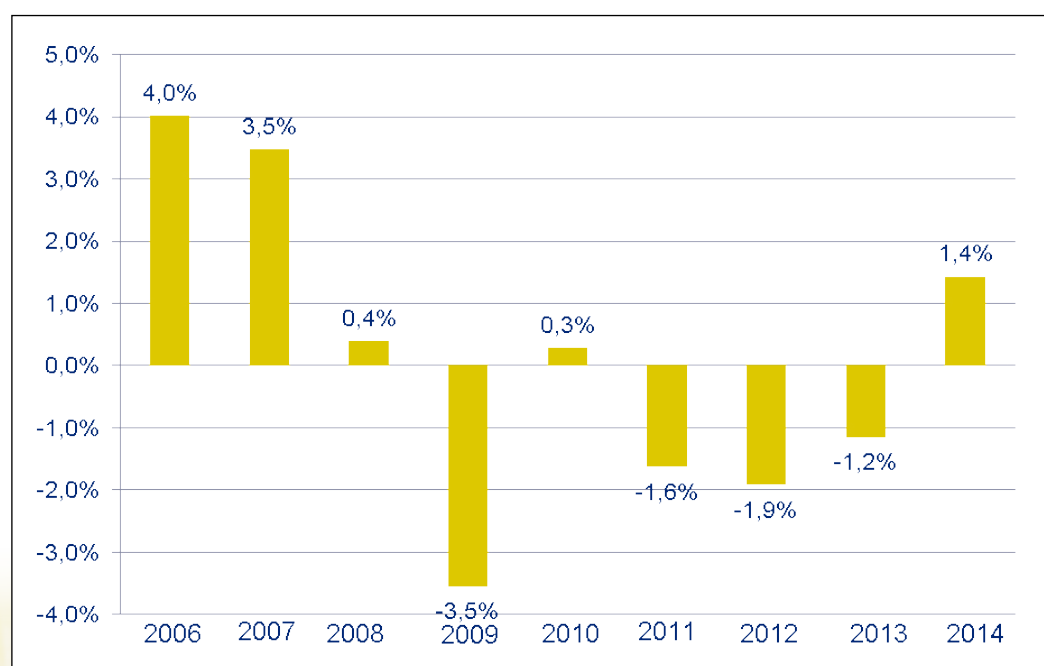


Determinants socioeconòmics

El producte interior brut (PIB) i el valor afegit brut (VAB)

A Catalunya, la crisi econòmica va començar l'any 2008 i ha tingut el seu principal impacte en la participació de la població en el mercat de treball, amb les conseqüents implicacions en les economies familiars i en els ingressos públics. L'any 2009 el PIB de Catalunya va presentar una reducció del 3,5% respecte a l'any anterior, tendència que va durar fins a l'any 2013 (-1,2% respecte al 2012). L'any 2014 el PIB presenta una taxa de variació positiva respecte a l'any anterior de l'1,4%.

Evolució del producte interior brut (PIB) (taxa de variació interanual). Catalunya, 2006-2014



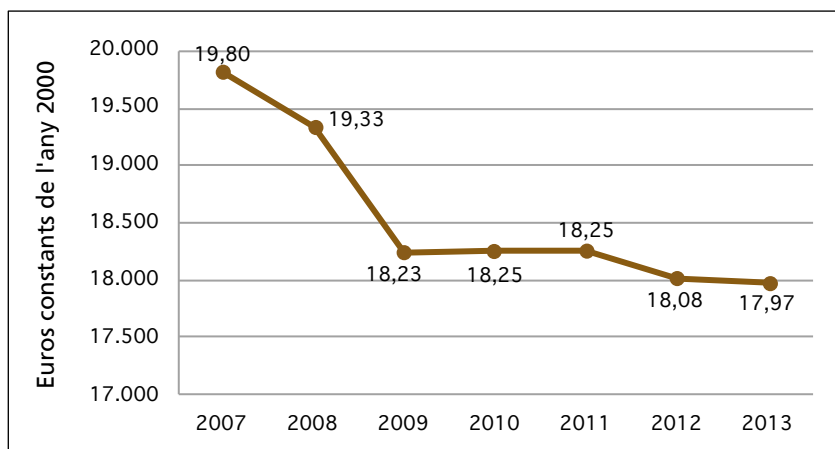
Font: Instituto Nacional de Estadística

El PIB és l'indicador macroeconòmic que mesura el resultat final de l'activitat de producció i permet comparar la renda dels països i grans ens territorials. D'aquest indicador se'n fan estimacions comarcals, però la darrera estimació correspon a l'any 2010. Per fer l'anàlisi de les rendes produïdes a nivell territorial comarcal se sol utilitzar el VAB, que és l'indicador que permet mesurar l'activitat econòmica generada per un territori. El VAB es pot mesurar per als diferents sectors productius i, per tant, permet conèixer l'origen de les rendes produïdes a cada territori.

El VAB de l'any 2013 era de 136.000 milions d'euros, un 4,9% (7.027 milions d'euros) menys que l'any 2007, presentant una disminució molt brusca entre els anys 2008 i 2009. Tenint en compte que la població de Catalunya ha augmentat en aquest període, l'efecte de la crisi en el VAB per capita és superior. L'any 2007 el VAB

per capita era de 19.802 euros mentre que el 2013 va ser de 17.973 euros, una disminució del 9,2%.

Evolució del VAB per capita. Catalunya, 2007



Font: elaborat per l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya a partir de dades de CatalunyaCaixa-Grup BBVA i l'Idescat

El VAB mostra diferències importants entre comarques, tant en el valor total com en el VAB per capita. 39 de les 41 comarques de Catalunya han tingut balanç negatiu en el VAB per capita entre els anys 2007 i 2013. La comarca que ha tingut una reducció més gran en aquest període és el Baix Penedès (23,5%), seguida del Garraf (18,8%), l'Anoia (17,5%) i la Selva (17,5%). A l'altre extrem, el Pallars Jussà (0,4%) i la Terra Alta (0,7%) són les úniques comarques que han tingut un increment del VAB per capita en aquest període. Durant aquests anys, la variabilitat entre comarques ha anat augmentant: l'any 2007 el coeficient de variació ponderat (CVp) del VAB per capita era de 15,5%, mentre que el 2013 era del 19,1%.

Evolució del VAB per sector en milions d'euros constants de l'any 2000. Catalunya, 2007-2013

	Primari	%	Indústria i energia	%	Construcció	%	Serveis	%	Total
2007	2.244	1,6	32.032	22,4	15.514	10,9	93.001	65,1	142.791
2008	2.248	1,6	30.596	21,5	15.431	10,8	94.074	66,1	142.349
2009	2.391	1,8	26.805	19,7	14.525	10,7	92.578	67,9	136.298
2010	2.333	1,7	28.719	20,9	12.076	8,8	94.036	68,6	137.164
2011	2.540	1,8	28.644	20,8	10.965	8,0	95.513	69,4	137.662
2012	2.401	1,8	28.584	21,0	9.968	7,3	95.466	70,0	136.419
2013	2.489	1,8	28.866	21,3	9.300	6,9	95.108	70,1	135.764
variació	245		-3.166	0	-6.214		2.107		-7.027
% variació	10,9		-9,9		-40,1		2,3		-4,9

Font: CatalunyaCaixa-BBVA

Analitzant el VAB per sectors productius, el sector serveis és el que fa una contribució més gran al VAB, representant un 70% del total l'any 2013, un 2,3% més que el 2007. El sector de la indústria i l'energia representa un 25% del VAB, patint una



Evolució del VAB per comarca en euros constants de l'any 2000. Catalunya, 2007-2013

Comarca	2007		2013		Variació 2013-2007			
	VAB total (milions)	VAB per capita (milers)	VAB total (milions)	VAB per capita (milers)	VAB Total	VAB per capita	% variació VAB total	% variació VAB per capita
Baix Penedès	1.362	15,0	1.159	11,5	-204	-3,5	-15,0	-23,5
Garraf	1.849	13,6	1.614	11,0	-235	-2,6	-12,7	-18,8
Anoia	1.667	14,9	1.458	12,3	-208	-2,6	-12,5	-17,5
Selva	2.921	18,5	2.647	15,3	-274	-3,2	-9,4	-17,5
Montsià	1.196	17,6	1.043	14,6	-153	-3,1	-12,8	-17,4
Bages	3.181	18,0	2.817	15,2	-364	-2,8	-11,4	-15,7
Vallès Oriental	7.373	19,5	6.777	16,8	-596	-2,7	-8,1	-14,0
Alt Empordà	2.383	18,4	2.245	15,9	-138	-2,6	-5,8	-13,9
Cerdanya	391	22,0	354	19,0	-37	-3,0	-9,4	-13,7
Segrià	4.469	23,4	4.258	20,3	-210	-3,2	-4,7	-13,6
Alt Penedès	1.941	19,6	1.803	17,0	-138	-2,7	-7,1	-13,6
Vallès Occidental	16.686	19,7	15.424	17,2	-1.262	-2,6	-7,6	-13,0
Baix Empordà	2.295	18,2	2.123	15,9	-173	-2,3	-7,5	-12,6
Conca de Barberà	437	21,1	388	18,5	-49	-2,6	-11,3	-12,5
Tarragonès	5.677	24,6	5.403	21,5	-274	-3,1	-4,8	-12,4
Maresme	5.393	13,0	4.992	11,4	-401	-1,6	-7,4	-12,4
Pla d'Urgell	718	20,5	672	18,0	-47	-2,5	-6,5	-12,2
Gironès	3.803	22,4	3.677	19,9	-126	-2,6	-3,3	-11,4
Osona	2.696	18,3	2.519	16,2	-177	-2,1	-6,6	-11,3
Baix Llobregat	14.508	18,8	13.601	16,8	-907	-2,0	-6,3	-10,6
Alt Camp	754	17,7	711	15,9	-43	-1,8	-5,7	-10,3
Baix Camp	3.459	19,2	3.337	17,2	-122	-1,9	-3,5	-10,1
Alta Ribagorça	90	21,8	80	19,5	-10	-2,2	-10,7	-10,1
Berguedà	600	14,8	542	13,4	-57	-1,4	-9,6	-9,7
Urgell	681	19,4	648	17,6	-33	-1,9	-4,8	-9,6
Priorat	110	11,2	100	10,2	-10	-1,0	-9,2	-8,9
Val d'Aran	312	31,8	293	29,0	-19	-2,7	-6,1	-8,6
Pallars Sobirà	171	23,8	160	21,9	-11	-1,9	-6,3	-8,0
Solsonès	315	23,5	295	21,6	-20	-1,9	-6,4	-7,9
Baix Ebre	1.309	16,7	1.251	15,3	-58	-1,3	-4,5	-7,9
Pla de l'Estany	469	16,2	475	15,2	6	-1,1	1,2	-6,6
Garrigues	297	14,9	279	13,9	-18	-1,0	-6,1	-6,4
Garrotxa	962	18,0	947	16,9	-15	-1,1	-1,6	-6,1
Ripollès	523	19,7	486	18,7	-37	-1,0	-7,1	-5,0
Alt Urgell	428	19,9	400	18,9	-28	-0,9	-6,6	-4,6
Segarra	508	23,4	518	22,5	10	-0,9	1,9	-3,7
Noguera	713	18,5	714	17,9	1	-0,5	0,2	-2,9
Ribera d'Ebre	890	38,2	874	37,2	-16	-1,0	-1,8	-2,5
Barcelonès	48.811	22,1	48.238	21,5	-573	-0,5	-1,2	-2,4
Pallars Jussà	285	21,2	289	21,2	4	0,1	1,4	0,4
Terra Alta	159	12,5	155	12,6	-4	0,1	-2,5	0,7
Catalunya	142.791	19,8	135.764	18,0	-7.027	-1,8	-4,9	-9,2

Valors per sota de la desviació estàndard ponderada

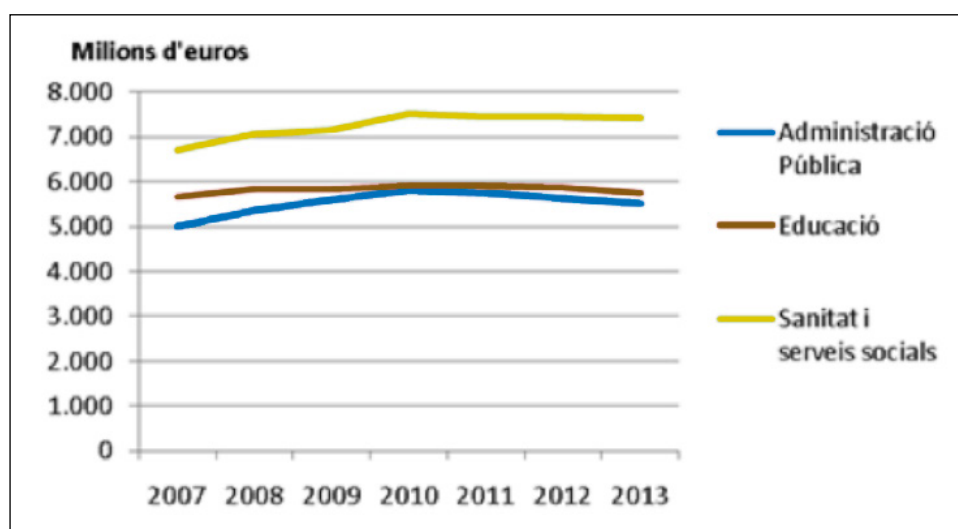
Valors per sobre de la desviació estàndard ponderada

Font: elaborat per l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya a partir de dades de CatalunyaCaixa-Grup BBVA i l'Idescat

disminució del 9,9% respecte a l'any 2007. El sector de la construcció representava un 6,9% del total l'any 2013, un 40% menys que l'any 2007, essent el sector que ha experimentat una davallada més forta. Per últim, el sector primari ha augmentat un 10,9% entre 2007 i 2013, tot i que la seva contribució al VAB de Catalunya suposava només l'1,8% l'any 2013.

Dins del sector serveis cal esmentar els serveis col·lectius, que representen el 9,8% de tot el VAB. El subsector de sanitat i serveis socials representa el 39,7% d'aquest grup i ha crescut un 10,6% entre 2007 i 2013. Aquest increment s'ha distribuït de forma força homogènia en el territori.

Evolució del VAB dels serveis col·lectius. Catalunya 2007-2013



Font: CatalunyaCaixa-BBVA

Evolució del VAB de sanitat i serveis socials en euros constants de l'any 2000. Catalunya, 2007-2013. Paràmetres de variació entre comarques

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
VAB per capita (euros constants de l'any 2000)	930,1	957,8	958,4	1.001,2	988,1	984,7	982,2
Desviació estàndard ponderada	332,5	339,7	344,5	367,8	366,1	362,9	361,8
Coefficient de variació ponderat	35,7	35,5	35,9	36,7	37,1	36,9	36,8
Màxim	1.652,2	1.722,8	1.702,5	1.738,2	1.705,0	1.676,3	1.636,0
Mínim	299,7	313,1	316,7	338,9	330,5	339,6	364,3
Ràtio màxim/mínim	5,5	5,5	5,4	5,1	5,2	4,9	4,5
Límit superior primera desviació	1.262,7	1.297,6	1.302,8	1.369,1	1.354,2	1.347,6	1.344,0
Límit inferior primera desviació	597,6	618,1	613,9	633,4	622,1	621,7	620,4

Font: elaborat per l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya a partir de dades de CatalunyaCaixa-Grup BBVA i l'Idescat

L'atur

L'atur, especialment el de llarga durada, està potencialment associat a pitjor salut. A Catalunya, després d'uns anys d'estabilitat amb un atur registrat al voltant del 6,5%, es produeix un brusc increment de la taxa d'atur a partir de l'any 2008 i, especialment, 2009. A partir d'aquest any, l'atur no deixa de créixer, arribant al seu màxim l'any 2013 amb un percentatge de persones aturades per sobre del 23%, i començant-se a reduir a partir de 2014 (20,3%). El mateix any, la taxa d'atur de l'Estat espanyol era lleugerament superior (24,5%), mentre que la de la mitjana de la Unió Europea estava en nivells molt inferiors (10,2%).

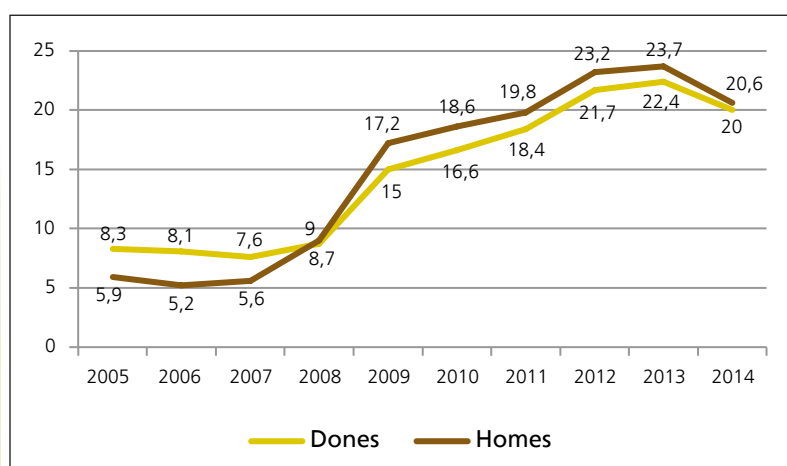
Taxa d'atur per sexe i grup d'edat. Catalunya, 2005-2014 (mitjana anual)

	Dones				Homes				Total			
	16-24	25-54	55 i més	Total	16-24	25-54	55 i més	Total	16-24	25-54	55 i més	Total
2005	15,7	7,4	5,9	8,3	15,9	4,7	4,3	5,9	15,8	5,9	4,8	6,9
2006	16,3	7,3	5,2	8,1	13,2	4,5	3,1	5,2	14,6	5,7	3,9	6,5
2007	14,7	6,9	5,8	7,6	12,3	4,9	4,5	5,6	13,4	5,8	5	6,5
2008	17,7	7,9	5,6	8,7	22,1	8,2	4,4	9	20,1	8,1	4,8	8,9
2009	31,5	13,6	10,5	15	41,4	15,6	9,6	17,2	36,9	14,7	10	16,2
2010	32	15,4	11,8	16,6	45,3	16,7	12,6	18,6	39,1	16,1	12,3	17,7
2011	37,8	17,1	12,4	18,4	49,5	17,8	13,7	19,8	43,8	17,5	13,1	19,2
2012	47,9	20,1	14,9	21,7	52,6	21,4	16,7	23,2	50,4	20,8	15,9	22,5
2013	45,9	20,9	17	22,4	53,9	21,7	17,9	23,7	50,2	21,4	17,5	23,1
2014	45,6	18,4	15,2	20	48,5	18,3	18,7	20,6	47,1	18,3	17,1	20,3

Font: Enquesta de població activa, Instituto Nacional de Estadística

L'evolució de la taxa d'atur per sexe mostra que fins a l'any 2005 les dones tenien una taxa d'atur més alta que els homes. A partir de l'any 2009 s'inverteix la tendència prèvia als anys de crisi, passant a ser més elevada la taxa d'atur dels homes que la de les dones.

Evolució de la taxa d'atur per sexe. Catalunya, 2005-2014

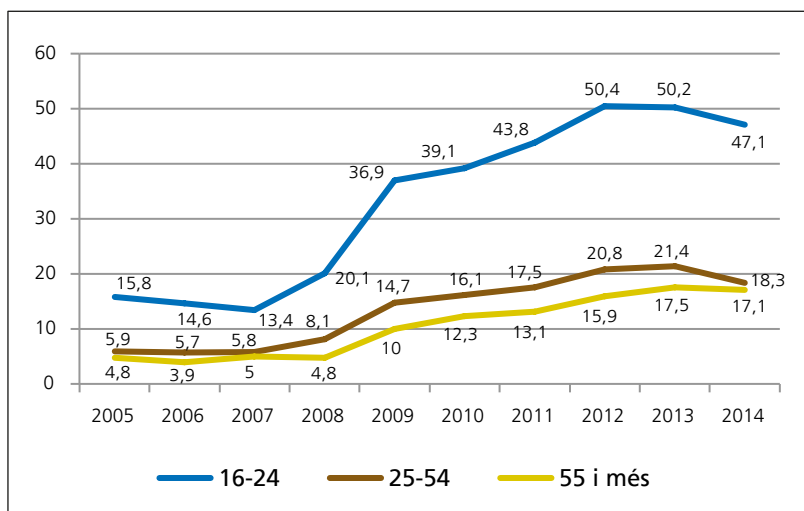


Font: Enquesta de població activa, Instituto Nacional de Estadística

Si s'analitza l'atur per grups d'edat, s'observa que l'any 2007 les persones de 16 a 24 anys tenien una taxa d'atur de més del doble que la resta (13,4%). Aquest és el grup que pateix un increment més pronunciat a partir de l'any 2007, superant el 50% de la taxa d'atur entre els anys 2012 i 2013. Les persones de 25 a 54 anys i les majors de 54 anys partien d'unes taxes d'atur molt similars, però a partir de l'any 2008 se separen, sent superiors les taxes al grup de 25 a 54 anys. Entre els anys

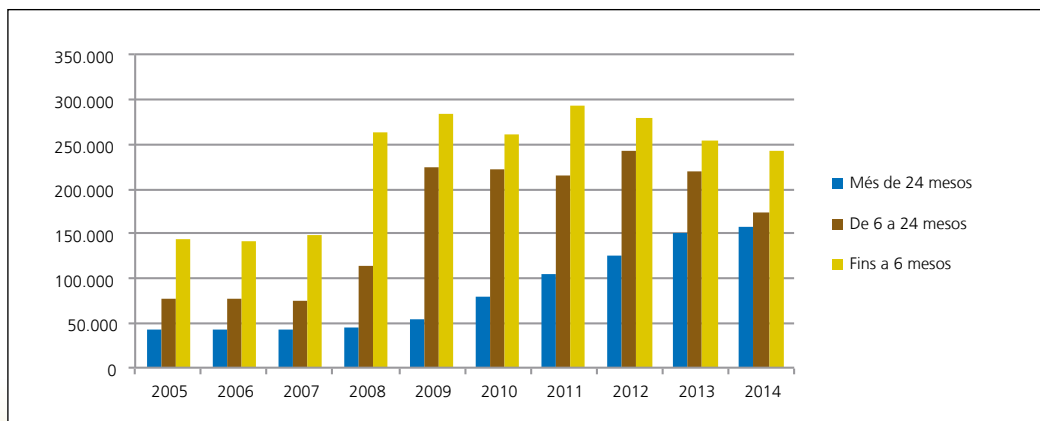
2012 i 2013 la taxa d'atur s'estabilitza i deixa de créixer a tots els grups d'edat i a ambdós sexes, i l'any 2014 es veu, per primera vegada, una disminució des de l'inici de la crisi.

Evolució de la taxa d'atur per edat. Catalunya, 2005-2014



Font: Enquesta de població activa, Instituto Nacional de Estadística

Evolució de la distribució dels aturats registrats segons durada.



Font: Departament d'Empresa i Ocupació

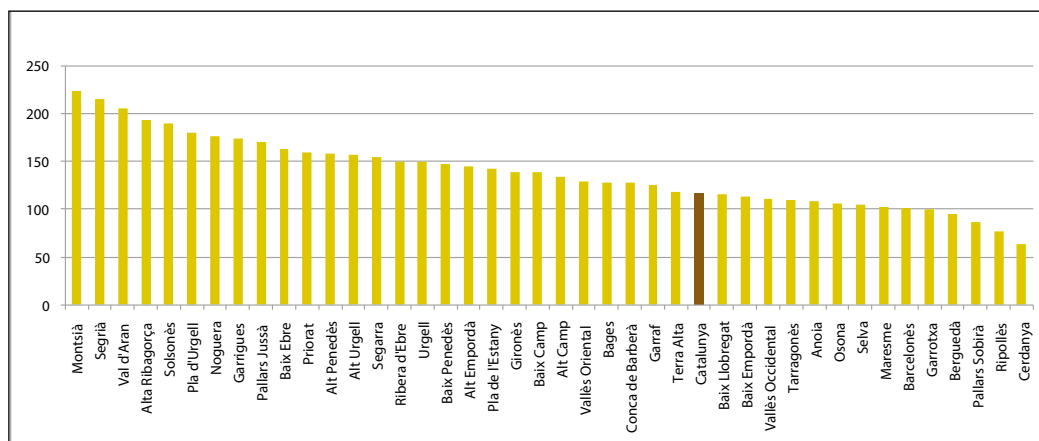
La quantitat d'aquests aturats de més de dos anys registrats mostra una tendència creixent, passant del 16% del total l'any 2007 al 27,5% l'any 2014. Pel que fa a les persones que fa menys de dos anys que estan a l'atur, després d'augmentar entre 2007 i 2012, s'observa una tendència descendent a partir de 2013.

Per tal d'analitzar l'atur per comarques, l'Observatori d'Empresa i Ocupació, del Departament d'Empresa i Ocupació, calcula la taxa d'atur registral, que mesura la relació existent entre l'atur registrat i una aproximació a la població activa registrada, calculada com a suma de l'atur registrat i les afiliacions a la Seguretat Social de la població de 16 a 64 anys resident en el territori considerat. La taxa d'atur registral permet fer un seguiment de l'evolució en el temps i per comarques, seguiment que no és possible fer amb la taxa d'atur calculada a partir de les dades de l'Enquesta de població activa (EPA).



Si s'analitza la variació en el nombre de persones aturades registrades per comarques entre l'any 2007 i el 2014, el global de Catalunya mostra un increment en el nombre de persones aturades d'un 116,7%. Les comarques amb valors més elevats són el Montsià (224%), el Segrià (214%) i la Val d'Aran (205%), mentre que les comarques amb valors més baixos són el Ripollès (76,7%) i la Cerdanya (63,7%).

Percentatge de variació del nombre de persones aturades registrades per comarca. Catalunya, 2007-2014



Font: elaborat per l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya a partir de dades del Departament d'Empresa i Ocupació

Tot i les diferències importants entre comarques la variabilitat entre elles s'ha reduït lleugerament durant aquests anys. El CVp va arribar al 17,1% l'any 2007, i va anar baixant progressivament fins arribar al 14,3% de l'any 2014. La relació entre el valor màxim i el valor mínim també s'ha moderat. Així doncs, a mesura que la taxa d'atur ha anat augmentant, les diferències entre els nivells d'atur de les comarques que presentaven valors més alts i més baixos s'han anat reduint.

Evolució de la taxa d'atur registral. Catalunya, 2007-2014 Paràmetres de variació entre comarques

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Taxa d'atur registral	7,5	11,8	15,8	15,9	17,5	18,7	18,3	16,7
Desviació estàndard ponderada	1,3	2,0	2,4	2,3	2,5	2,7	2,6	2,4
Coefficient de variació ponderat	17,1	16,9	15,0	14,6	14,0	14,3	14,3	14,3
Màxim	11,5	19,0	24,2	25,2	27,5	29,0	28,9	26,8
Mínim	2,6	5,2	8,0	6,9	9,0	8,6	7,8	7,5
Ràtio màxim/mínim	4,4	3,7	3,0	3,6	3,1	3,4	3,7	3,6
Límit superior primera desviació	8,8	13,8	18,1	18,2	20,0	21,3	20,9	19,1
Límit inferior primera desviació	6,2	9,8	13,4	13,6	15,1	16,0	15,6	14,3

Font: elaborat per l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya a partir de dades del Departament d'Empresa i Ocupació

La renda, la pobresa i la desigualtat

Per tal de mesurar el nivell d'ingressos de què disposen els residents de les diferents comarques, s'utilitza la renda familiar disponible bruta (RFDB). A Catalunya, l'any 2012 era de 16.600 euros per habitant. L'any 2012 el Barcelonès era la comarca catalana amb més RFDB per habitant (18.400 euros), seguida del Baix Llobregat (17.100 euros), el Vallès Occidental (16.900 euros) i el Ripollès (16.700 euros). Les comarques amb una menor RFDB són el Montsià (11.900) i el Baix Ebre (12.600 euros).

Entre els anys 2007 i 2012 la RFDB per habitant disminueix a la majoria de comarques. Les comarques que pateixen una major disminució són la Val d'Aran (24%), l'Urgell (23,5%), el Montsià (22,2%) i la Terra Alta (20,4%). A l'altre extrem, tenim comarques que han augmentat la RFDB per habitant durant aquests anys, com el Vallès Oriental (5,1%), el Vallès Occidental (6,3%), el Barcelonès (7,6%) i molt especialment el Baix Llobregat (16,3%). El CVp ha augmentat en aquest període d'un 5,5% a un 9,3%.

El llindar de pobresa és el nivell d'ingressos corresponent al 60% de la mediana dels ingressos de la població, i la taxa de risc de pobresa és el percentatge de persones que queden per sota d'aquest llindar. El valor del llindar de pobresa varia segons la mida de la llar i les edats dels seus membres. Per calcular-ho, tenint en compte que els components d'una llar comparteixen recursos i despeses, a cada membre se li dona un pes específic (d'1 al primer adult, de 0,5 a la resta d'adults i de 0,3 als menors de 14 anys), i d'aquesta manera s'obté un valor que permet fer comparacions entre llars.

El llindar d'ingressos anuals per sota del qual una persona entra en l'àmbit de risc de pobresa se situa l'any 2014 en 9.767 euros nets anuals per a les llars d'una persona i en 20.512 euros per a una llar formada per dos adults amb dos infants, xifres un 2,7% inferiors que l'any 2009.

Evolució del llindar de risc de pobresa per composició de la llar en euros corrents. Catalunya, 2004-2014

	Una persona		Dos adults		Un adult i dos infants		Dos adults i dos infants	
	Base 2004	Base 2013	Base 2004	Bbase 2013	Base 2004	Base 2004	Base 2004	Base 2004
2004	7.569		11.354		12.111		15.896	
2005	7.470		11.205		11.952		15.687	
2006	8.276		12.405		13.242		17.380	
2007	8.184		12.275		13.094		17.185	
2008	8.748		13.122		13.997		18.371	
2009	8.992	10.040	13.488	15.061	14.387	16.065	18.883	21.085
2010	8.719	9.889	13.078	14.833	13.950	15.822	18.309	20.766
2011	8.016	9.475	12.025	14.213	12.826	15.161	16.834	19.898
2012	8.082	9.475	12.123	14.212	12.931	15.159	16.972	19.896
2013		9.423		14.134		15.076		19.788
2014		9.767		14.651		15.628		20.512

Nota: dades de 2004-2012 calculades amb base 2004 i de 2009-2013 amb base 2013

Font: Estadística de distribució personal de la renda i risc de pobresa, Idescat



Evolució de la renda familiar disponible bruta per habitant en milers d'euros corrents. Catalunya, 2007-2012

	2007	2012	% variació 2007-2012
Val d'Aran	20,4	15,5	-24,02
Urgell	18,3	14	-23,50
Montsià	15,3	11,9	-22,22
Terra Alta	17,2	13,7	-20,35
Garrigues	17,9	14,4	-19,55
Baix Ebre	15,5	12,6	-18,71
Alt Empordà	16,7	13,6	-18,56
Solsonès	17,3	14,4	-16,76
Pallars Sobirà	18,7	15,6	-16,58
Noguera	16,9	14,1	-16,57
Pallars Jussà	17,7	15	-15,25
Alt Urgell	15,8	13,6	-13,92
Segrià	17,4	15	-13,79
Pla d'Urgell	16,6	14,5	-12,65
Conca de Barberà	16,9	14,9	-11,83
Baix Empordà	16,3	14,4	-11,66
Priorat	16,5	14,6	-11,52
Segarra	17	15,2	-10,59
Cerdanya	18	16,1	-10,56
Garrotxa	17,4	15,8	-9,20
Selva	15,3	13,9	-9,15
Baix Penedès	15,4	14,1	-8,44
Berguedà	16,8	15,5	-7,74
Gironès	17,3	16,2	-6,36
Alta Ribagorça	17,5	16,4	-6,29
Ripollès	17,8	16,7	-6,18
Baix Camp	15,3	14,6	-4,58
Alt Camp	15,7	15	-4,46
Pla de l'Estany	17	16,4	-3,53
Tarragonès	15,9	15,4	-3,14
Maresme	17	16,5	-2,94
Bages	16	15,8	-1,25
Anoia	15,1	15,1	0,00
Ribera d'Ebre	15,6	15,6	0,00
Garraf	16	16,1	0,63
Alt Penedès	16,3	16,5	1,23
Osona	15,7	16	1,91
Vallès Oriental	15,6	16,4	5,13
Vallès Occidental	15,9	16,9	6,29
Barcelonès	17,1	18,4	7,60
Baix Llobregat	14,7	17,1	16,33
Catalunya	16,3	16,6	1,84

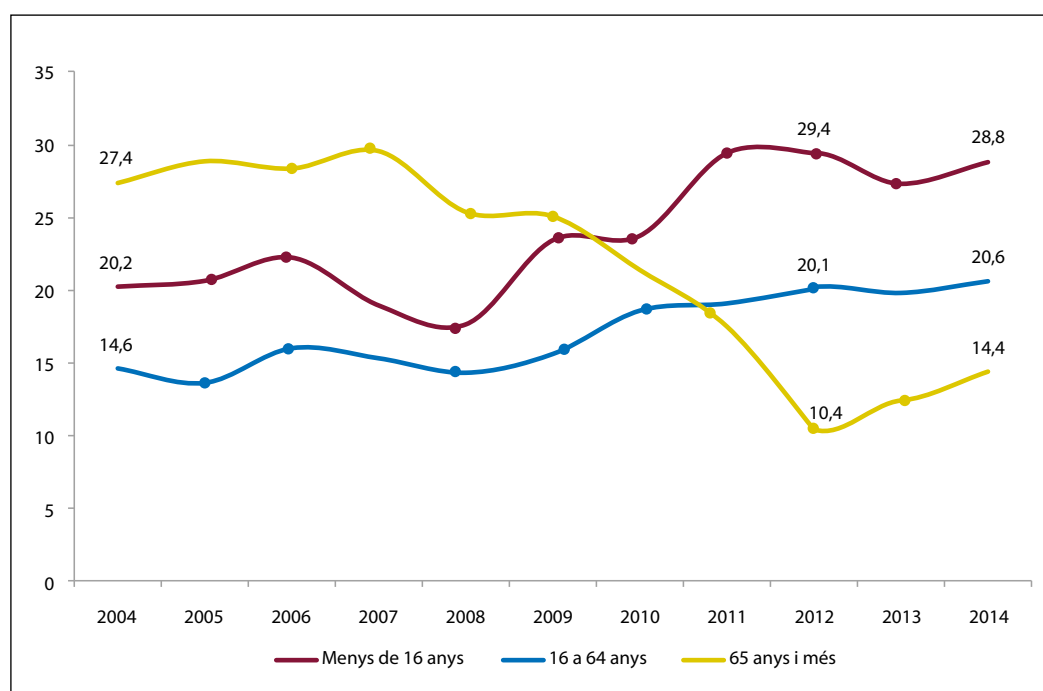
Valors per sota de la desviació estàndard ponderada
Valors per sobre de la desviació estàndard ponderada

Font: elaborat per l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya a partir de dades de l'Idescat

L'any 2009 hi havia 1.460.000 persones a Catalunya per sota el llindar de pobresa, representant un 18,4% de la població, xifra que s'ha incrementat arribant a 1.538.300 persones (un 20,9% de la població) l'any 2014. El canvi en el percentatge de la població que està sota el llindar ha variat poc (1%), ja que, com a conseqüència de la disminució de les rendes de la població, el llindar ha baixat i les pensions s'han mantingut estables.

Alhora cal destacar que el patró de pobresa ha canviat en el període de crisi: l'any 2014 el risc de pobresa té més incidència entre els menors de 16 anys (28,8%), seguit de la població de 16 a 64 anys (20,6%) i finalment pels majors de 64 anys (14,4%). Abans de la crisi eren els majors de 64 anys el col·lectiu més afectat per la pobresa.

Evolució de la taxa de risc de pobresa per edat. Catalunya, 2004-2014



Nota: dades de 2004-2012 calculades amb base 2004 i de 2009-2013 amb base 2013

Font: Estadística de distribució personal de la renda i risc de pobresa, Idescat

Segons composició de la llar, l'any 2014 el 42,8% de les llars d'un adult amb fills estaven en risc de pobresa. Les llars amb una persona sola i les de dos adults sense nens estaven en un 23,4% i 14,7%, respectivament.

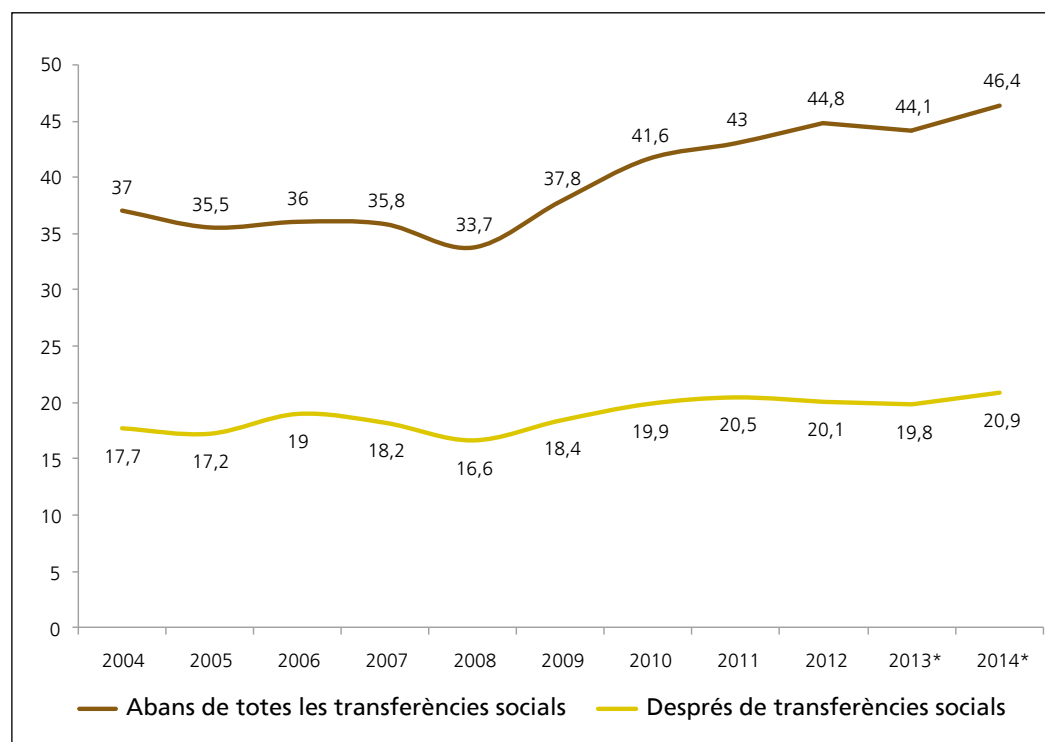
Un altre element destacable és que l'any 2014 hi va haver 346.500 persones ocupades que van viure per sota el llindar de pobresa, essent la taxa de risc de pobresa de les persones ocupades de l'11,7%. Aquesta taxa ha pujat lleugerament respecte a l'any 2013 (11,4%), i mostra que hi ha una part important de treballadors que tot i rebre rendes del treball estan en una situació econòmica de risc.

Per a moltes famílies les transferències socials s'han convertit en una font important d'ingressos, de manera que la mitjana de renda varia significativament abans i després de comptabilitzar aquestes transferències socials. Un 67,2% de les llars catalanes van rebre transferències del sistema de protecció social l'any 2014, sent les pensions de vellesa i de supervivència (principalment prestacions de jubilació, viudetat i orfandat) les prestacions més importants (rebudes per més d'1.073.000 llars). L'any



2007 el 36% de la població estava per sota del llindar de la pobresa abans de rebre prestacions socials, i després de rebre-les era el 18%. L'any 2014, la població que es trobava en risc de pobresa era del 46,4% i després de rebre les prestacions socials va passar del 20,9%. Són les prestacions socials, doncs, les que estan ajudant a mantenir la renda disponible de moltes famílies a Catalunya.

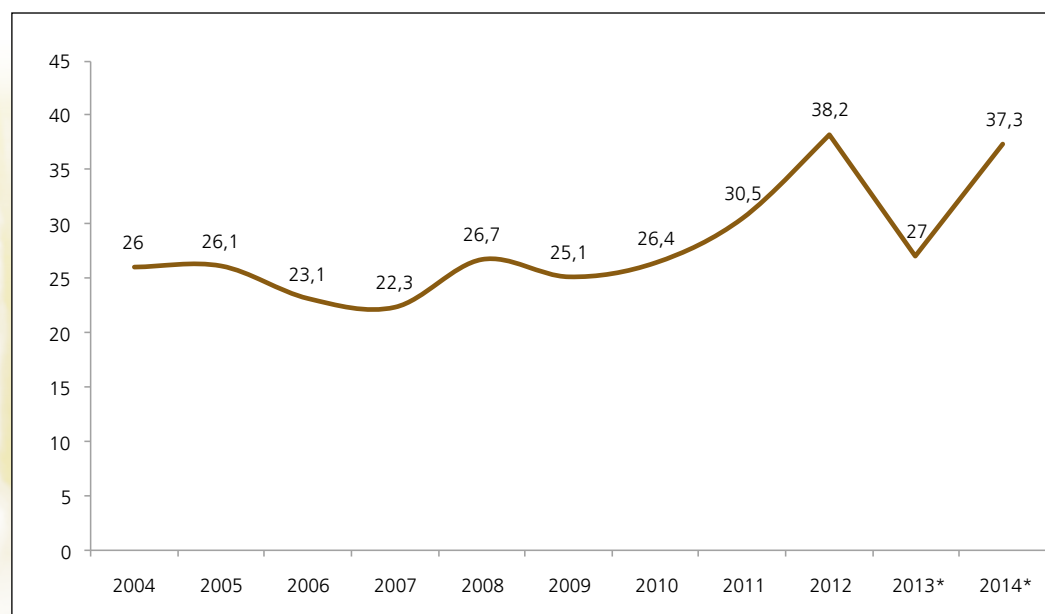
Evolució de la taxa de risc de pobresa abans i després de transferències socials. Catalunya, 2004-2014



Nota: dades de 2004-2012 calculades amb base 2004 i de 2013-2014 amb base 2013

Font: Estadística de distribució personal de la renda i risc de pobresa, Idescat

Evolució de la bretxa de risc de pobresa. Catalunya, 2004-2014



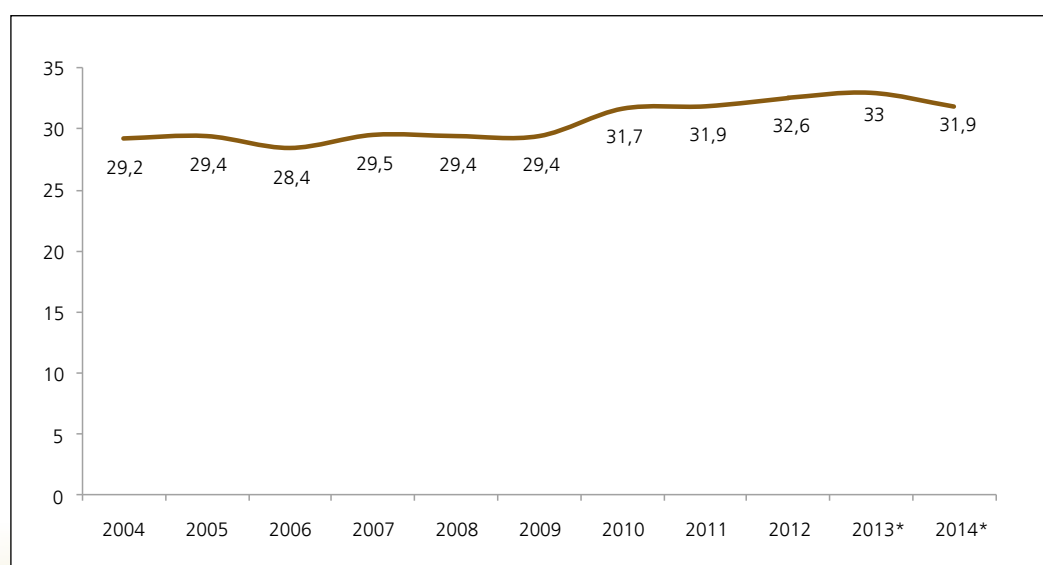
Nota: dades de 2004-2012 calculades amb base 2004 i de 2013-2014 amb base 2013

Font: Estadística de distribució personal de la renda i risc de pobresa, Idescat

La bretxa de la pobresa és el principal indicador de la intensitat del risc de pobresa, i mostra la distància entre la mediana dels ingressos equivalents de la població en risc de pobresa i el llindar de pobresa. Aquesta mesura s'expressa en termes percentuals en relació amb el llindar. L'any 2014 la bretxa de la pobresa a Catalunya va ser d'un 37,3%, mostrant una tendència creixent des de l'any 2007.

La riquesa d'un territori pot distribuir-se d'una manera més o menys equitativa entre les persones que hi viuen. Per mesurar el grau de desigualtat que hi ha dintre d'un territori, existeixen diferents índexs que posen en relació la riquesa econòmica d'uns envers la dels altres. La desigualtat de la renda de les persones d'un territori es mesura a partir de l'índex de Gini. Aquest índex pren valors entre 0 (màxima igualtat) i 100 (màxima desigualtat): si l'índex és 0 significa que tots els ciutadans del territori tenen els mateixos ingressos, i si l'índex és 100 que una persona té tots els ingressos i els altres cap. A Catalunya l'índex de Gini l'any 2009 era de 32,2 i de 31,9 l'any 2014. Aquest nivell de desigualtat és superior al de la mitjana de països de la Unió Europea (30,9), lleugerament similar al del Regne Unit (31,6) i inferior al de l'Estat espanyol (34,7). Suècia (25,4) i Noruega (23,6) tenen nivells de distribució més equitativa de la riquesa.

Índex de Gini. Catalunya, 2004-2014



* Taxes de 2004-2012 calculades amb base 2004 i de 2009-2014 amb base 2013

Font: Estadística de distribució personal de la renda i risc de pobresa, Idescat

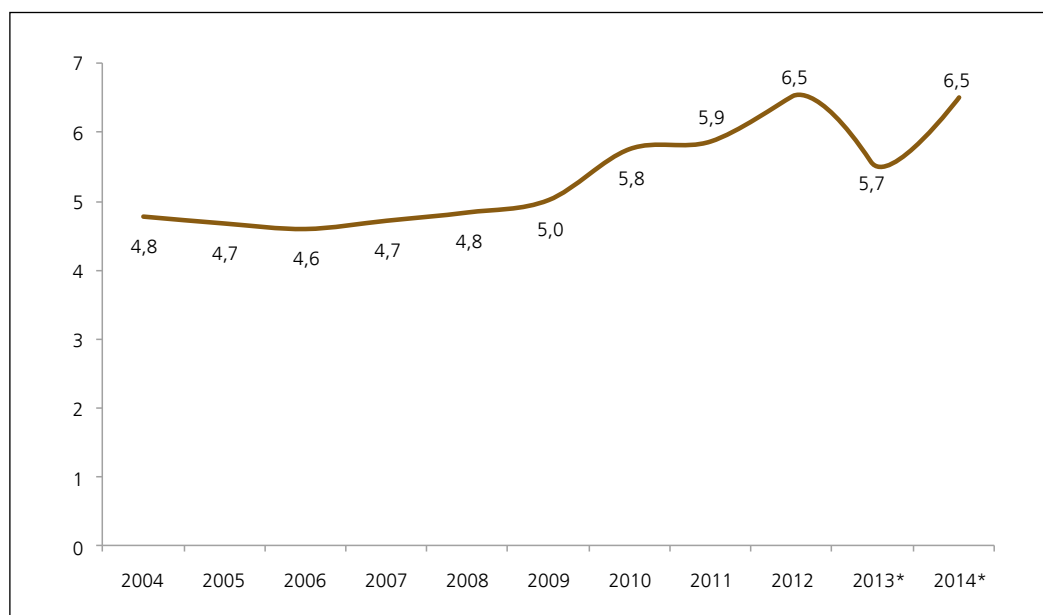
Un altre indicador emprat per mesurar la desigualtat és l'índex de ràtio S80/S20, que mesura la desigualtat en la distribució de la renda a través de ràtios entre centils. Aquest índex s'interpreta com la renda que obté el quintil superior (és a dir el 20% de la població amb nivell econòmic més alt), en relació amb la del quintil inferior.

A Catalunya, l'any 2005 la renda del 20% de la població més rica era 4,7 vegades la renda del 20% de la població més pobre, i l'any 2014 era 6,5 vegades superior. Aquesta ràtio mostra una tendència creixent des de l'any 2007 fins al 2013, i al 2014 es mostra una reducció de la desigualtat. A l'Estat espanyol, l'any 2014 la ràtio S80/S20 era de 6,8 i la mitjana de la Unió Europea era de 5,2.

Cal tenir en compte que les xifres de la ràtio S80/S20 presenten nivells de desigualtat més elevats que l'índex de Gini ja que comparen els dos extrems de la distribució de



Índex ràtio S80/S20. Catalunya, 2004-2014



* Taxes de 2004-2012 calculades amb base 2004 i de 2009-2014 amb base 2013

Font: Estadística de distribució personal de la renda i risc de pobresa. Idescat

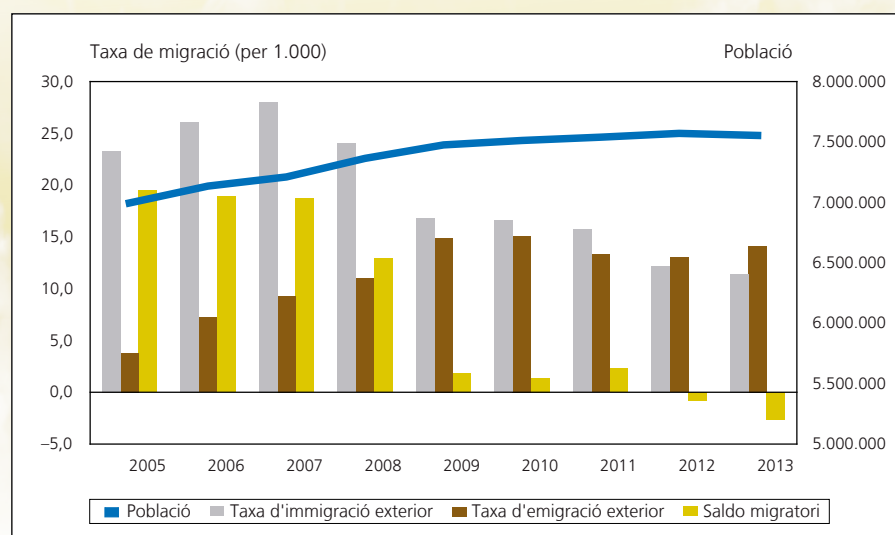
la renda, mentre que el Gini té en compte les diferències entre totes les rendes de la distribució.

L'anàlisi territorial dels indicadors anteriorment descrits mostra que el percentatge de població amb rendes baixes, una aproximació de la taxa de risc de pobresa, presenta una variabilitat important entre comarques (CVp del 9,4%). A nivell comarcal, la bretxa de la pobresa té una variabilitat baixa, amb un CVp del 2,5%. Pel que fa a la desigualtat de la renda, la variabilitat entre comarques (CVp) és del 3,9%.

L'evolució de la població

En termes demogràfics, les dues darreres dècades del segle XX es caracteritzen per un estancament de la població, a causa, en gran part, del descens de la natalitat i de

Evolució de la població i les migracions exteriors. Catalunya, 2005-2013



Font: Idescat

la immigració, majoritàriament procedent de la resta de l'Estat espanyol. A finals dels anys noranta es produeix un canvi important en la dinàmica de població com a conseqüència d'un canvi de tendència en la immigració exterior i d'un repunt de la natalitat. Entre 1996 i 2008 la població de Catalunya passa de 6,1 a 7,4 milions de l'any 2008, un augment del 19,7% en 12 anys. A partir d'aquest moment, l'increment de població s'alenteix fins que l'any 2013, per primera vegada en molts anys, la població de Catalunya experimenta un creixement negatiu.

Una de les característiques del període estudiat és el canvi de patró migratori. L'any 2007 la taxa d'immigració exterior era de 28,0 immigrants per cada mil habitants, mentre que l'any 2013 s'havia reduït a una tercera part (11,4 per mil). En contrast amb aquesta baixada de la immigració exterior, l'emigració exterior ha experimentat una tendència en sentit contrari. Dels 3,8 emigrants exteriors per cada mil habitants de l'any 2005, es va passar als 15,1 de l'any 2010. Com a resultat d'aquests fluxos, s'ha passat d'un saldo migratori positiu de 19,5 de l'any 2005 a un valor negatiu de -2,7 l'any 2013.

En aquest mateix període s'ha produït un altre fet remarcable: el nombre de persones entre 16 i 29 anys s'ha reduït un 18,6% (261.346) en 9 anys. La baixada de la població d'aquest grup d'edat s'ha de tenir en compte a l'hora d'interpretar la reducció en el nombre de joves en el mercat de treball, que ha experimentat una reducció del 41,2% entre els anys 2005 i 2014.

Després de molts anys de creixement de la natalitat, l'any 2008 es va invertir aquesta tendència, disminuint-se el nombre de nascuts vius. La taxa de natalitat de l'any 2014 era de 9,6 nascuts vius per mil habitants, mentre que la de l'any 2007 era d'11,6, un 17% inferior. Respecte a l'Estat espanyol (9,1 per mil habitants), la taxa de natalitat a Catalunya és lleugerament superior i respecte a la mitjana de la Unió Europea (10,0 per mil habitants) és lleugerament inferior.

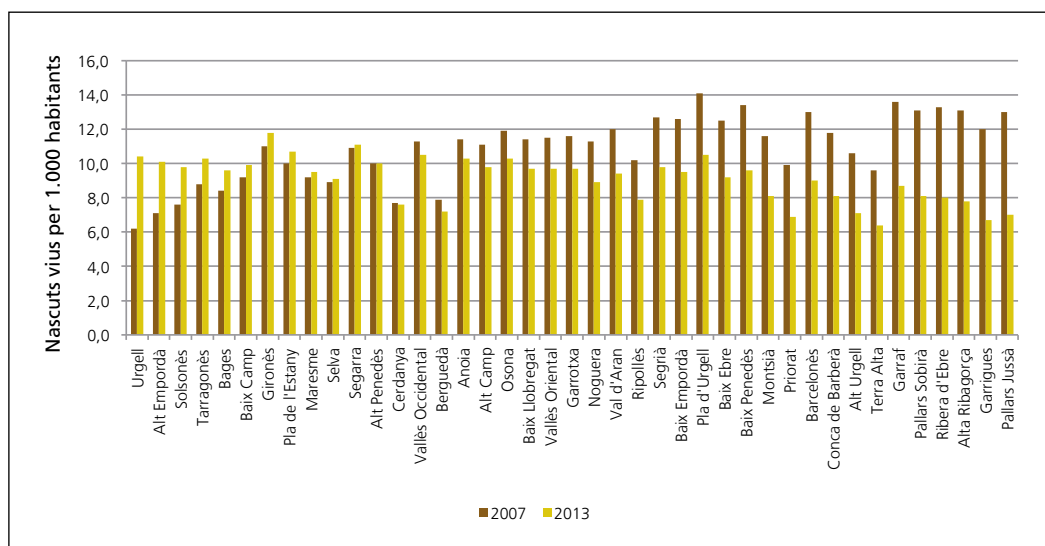
Evolució de la natalitat. Catalunya, 2007-2013

Any	Nascuts vius	Taxa de natalitat	Taxa de fecunditat
2007	83.716	11,6	46,2
2008	89.024	12,1	48,5
2009	84.849	11,4	46,1
2010	84.015	11,2	45,9
2011	80.861	10,8	44,5
2012	77.438	10,3	43,2
2013	71.591	9,6	40,6

Font: Idescat

A nivell comarcal, s'observa que 11 de les 41 comarques de Catalunya han presentat un augment en la taxa de natalitat entre 2007 i 2013, mentre que les 30 restants mostren una disminució. Les comarques que mostren un percentatge d'increment més alt són l'Urgell (68%), l'Alt Empordà (42%) i el Solsonès (29%). D'altra banda, entre les comarques que presenten una major disminució en la taxa de natalitat en aquest període hi ha el Pallars Jussà (46%), les Garrigues (44%) i l'Alta Ribagorça (41%).

Taxa de natalitat per comarca. Catalunya, 2007-2013

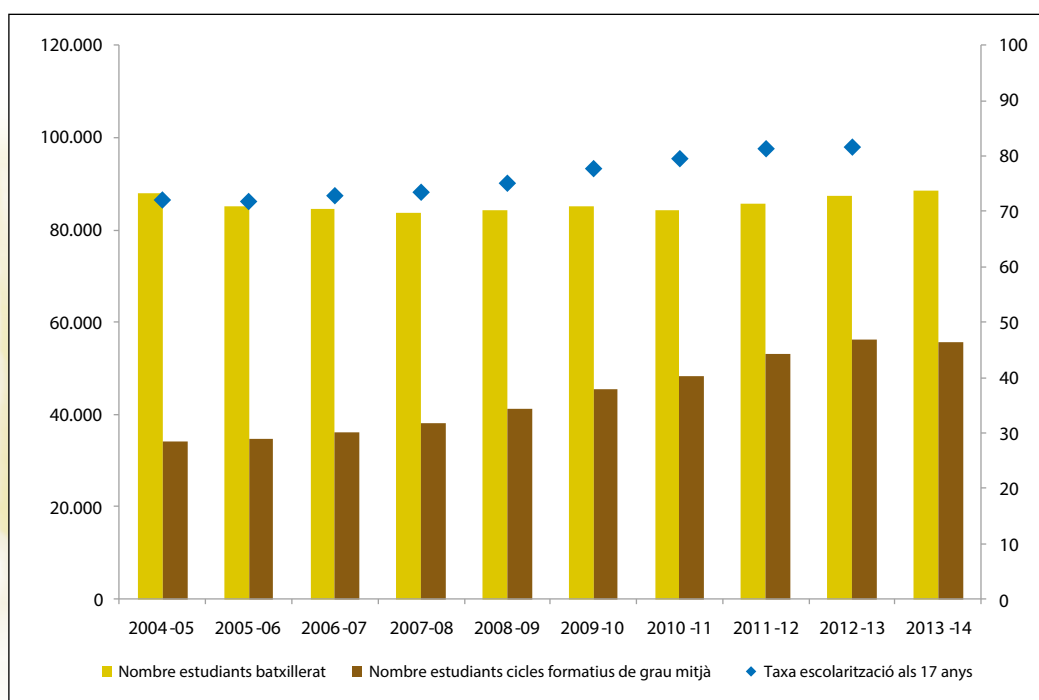


Font: Idescat

L'educació

Tal com s'ha assenyalat en l'exposició del marc conceptual, l'educació és un determinant de la salut. La millora del nivell educatiu de la població i la reducció de les desigualtats educatives millora el nivell de salut i redueix les desigualtats. L'educació, a banda d'exercir d'ascensor social, facilitant la mobilitat intergeneracional, també té efectes sobre la mobilitat intergeneracional de salut. Tenint en compte el pes de l'educació, en un context de crisi, resulta necessari analitzar l'evolució d'alguns dels indicadors de d'educació disponibles. Un dels principals és el percentatge

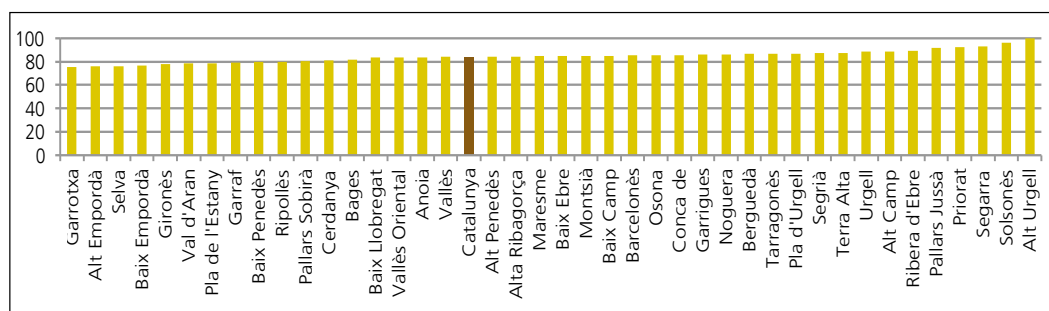
Evolució del nombre d'alumnes d'educació secundària no obligatòria i de la taxa d'escolarització als 17 anys. Catalunya, cursos 2004-2005 a 2013-2014



Font: Departament d'Ensenyament i Indicadors territorials de risc de pobresa i exclusió social, Idescat

de joves que continuen els estudis després de l'educació secundària obligatòria. La taxa d'escolarització als 17 anys va augmentar un 16,6% entre els anys 2004 i 2012, passant d'un 72,2 a un 84,1%. Les comarques de Catalunya mostren una variabilitat petita. La taxa d'escolarització als 17 anys té un CVp del 3,6% entre comarques l'any 2012, amb uns valors que van del 75,1% de la Garrotxa al 100% de l'Alt Urgell.

Taxa d'escolarització als 17 anys per comarca. Catalunya, 2012



Font: Indicadors territorials de risc de pobresa i exclusió social, Idescat

Els pressupostos

A la situació de les finances de Catalunya com a conseqüència dels efectes de la crisi i la manca d'un model de finançament que satisfés les necessitats reals de Catalunya, s'hi van afegir les restriccions pressupostàries derivades del seguiment dels objectius de control del dèficit. A més, els objectius imposats per l'Estat espanyol han sobrepassat les recomanacions de la Unió Europea en la limitació pressupostària del dèficit, estratègia deliberada per part del Govern central per obtenir el control de les finances de l'Estat en detriment de les comunitats autònomes i les corporacions locals. Des de l'any 2010 s'ha obligat anualment a les comunitats autònomes a reduir dràsticament els seus dèficits. Globalment, durant el període 2010-2014, Catalunya va disminuir el seu dèficit en quasi 4.000 milions d'euros.

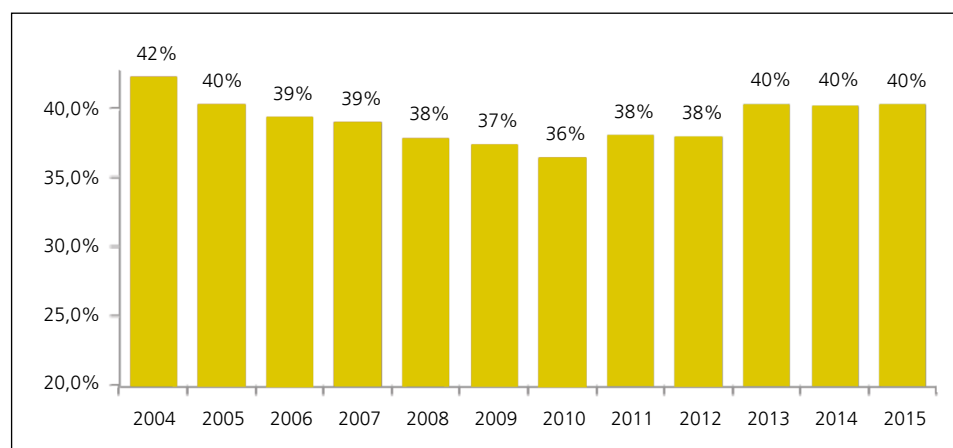
Aquesta reducció dels recursos es troba en l'origen de les mesures d'ajustament aplicades per Catalunya (i per la resta de comunitats autònomes de l'Estat espanyol en els seus respectius pressupostos) que han forçat el sector salut a millorar l'eficiència tot intentant no perjudicar de manera notòria la quantitat i qualitat dels serveis sanitaris.

Aquestes mesures conjunturals de xoc i de reforma estructural, aplicades bàsicament en el període 2011-2013, van recaure fonamentalment en les inversions (20,3%), la despesa farmacèutica (13,2%) i la simplificació de l'Administració (11,0%) i, en canvi, va ser inferior l'impacte sobre els serveis sanitaris (només un 4,7% del pressupost de serveis sanitaris i assistencials).

En conjunt, si s'analitza l'evolució de la despesa en el període 2010-2014, es va produir una reducció global de la despesa en salut d'uns 1.440 milions d'euros (el que suposa una variació del -14%). Malgrat la necessària reducció dels pressupostos de la Generalitat en el període de consolidació fiscal, el pes del Departament de Salut sobre el total del pressupost s'ha anat incrementat, passant del 36% l'any 2010 fins al 40% de l'actualitat.



Pes del pressupost del Departament de Salut en el pressupost de la Generalitat de Catalunya. Catalunya, 2004-2015



Font: Departament de Salut

Prenent com a base l'any 2006, l'evolució del pressupost consolidat del Departament de Salut per capita va presentar una tendència a augmentar fins a l'any 2010, quan es varen implantar les mesures d'ajustament de la despesa, conseqüència de la crisi econòmica. A partir d'aquesta data, els pressupostos per capita han disminuït lleument fins al 2013, any en què s'han tornat a recuperar i han seguit creixent fins a l'any 2015. Aquest punt d'inflexió, notori sobretot l'any 2015, s'explica bàsicament perquè el pressupost 2015 incorpora la dotació pressupostària per fer front a la recuperació d'una paga extra per a tot el personal i de la jornada i sou dels interins del personal de l'Administració.

Aquestes mesures per mantenir la viabilitat del sistema sanitari a curt termini, han anat acompanyades del desplegament de transformacions del model assistencial per garantir la sostenibilitat del sistema a partir de les estratègies definides en el Pla de salut de Catalunya (2011-2015).

Idees per emportar-se a casa i resum d'indicadors

- ⇒ La **taxa d'atur** va arribar al seu màxim l'any 2013 (**23%**), i el 2014 es comença a reduir (**20,3%**); els aturats de més de dos anys mostren una tendència creixent des de l'any 2007, arribant a ser el 27,5% del total d'aturats l'any 2014.
- ⇒ En els anys de la crisi, la **pobresa** ha augmentat: la proporció de la població que se situa per sota el llindar de la pobresa ha augmentat un 21%, arribant a 1.538.300 persones. Un 11,7% de la població ocupada estava per sota el llindar de la pobresa l'any 2014. Hi ha hagut un canvi en el patró de pobresa: l'any 2014 els menors de 16 anys són els que mostraven un major risc, mentre que abans de la crisi eren els majors de 64 anys els més afectats.
- ⇒ L'índex de Gini que mesura la **desigualtat de renda** mostra una evolució constant entre 2007 (32,2) i 2014 (31,9). Aquestes xifres són superiors a

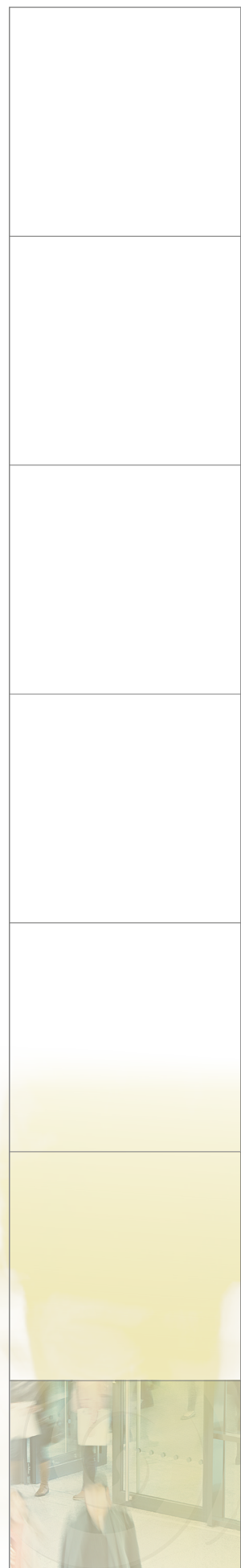
la mitjana de la UE (30,9), similars a les del Regne Unit (31,6), i inferiors a les de l'Estat espanyol (34,7). Amb relació a la desigualtat de renda, el 2005 la renda del 20% de la població més rica era 4,7 vegades la renda del 20% de la població més pobre, el 2012 era 6,5 vegades superior, i el 2014 la desigualtat comença a disminuir i és 5,7 vegades superior.

⇒ La **taxa d'escolarització als 17 anys** ha augmentat un 16,6% (2004-2012), passant d'un 72,2 a un 84,1%.

⇒ En l'**anàlisi territorial** no s'observa un augment de la variabilitat entre comarques; la crisi no sembla haver augmentat la disparitat territorial.

A continuació es presenta una matriu construïda amb tots els indicadors socioeconòmics que s'han analitzat en l'informe. S'han ordenat les comarques segons el nombre d'indicadors que es troben en el quintil més favorable i el més desfavorable. Així, a la part superior, es mostren les comarques que tenen un major nombre d'indicadors amb valors dins del quintil més favorable, i a la part inferior, les que presenten un major nombre d'indicadors amb valors dins del quintil més desfavorable.

Les comarques que mostren valors més favorables són el Barcelonès, el Baix Llobregat, la Segarra, el Vallès Oriental i el Vallès Occidental. En general, les comarques de la zona metropolitana, econòmicament més actives, mostren uns valors favorables en els indicadors de renda i tenen uns valors de risc de pobresa i de bretxa de risc de pobresa més baixos. Pel que fa a la Segarra, com moltes altres comarques amb baixa població, mostra valors no tan favorables en els indicadors de renda, però en canvi té valors baixos de taxa d'atur. Les comarques que mostren uns valors més desfavorables a la majoria d'indicadors són el Montsià, el Baix Penedès, el Garraf i la Selva. En general, les comarques de les Terres de l'Ebre presenten valors baixos en els indicadors de renda i activitat econòmica, i alts quant a taxa d'atur i risc de pobresa.



Matriu d'indicadors socioeconòmics per comarques de Catalunya en quintils

Comarques	Població total (2014)	VAB per càpita (milers d'euros) (2013)	Taxa d'escolarització als 17 anys (2012)	Taxa d'atur registral (2012)	Renda familiar disponible bruta x hab (milers d'euros) (2012)	Taxa de risc de pobresa* (2012)	Bretxa de risc de pobresa* (2012)
Barcelonès	2.227.238	21,5	85,2	16,2	18,4	30,2	37,5
Baix Llobregat	806.249	16,9	83,4	19,0	17,1	29,1	37,5
Segarra	22.713	21,9	93,1	12,5	15,2	31,3	39,9
Vallès Oriental	403.623	16,9	83,5	20,4	16,4	29,8	37,6
Vallès Occidental	899.532	17,2	84	20,6	16,9	29,6	37,2
Val d'Aran	9.993	29,4	78,2	8,6	15,5	34,2	37,2
Ripollès	25.700	18,7	80	14,2	16,7	26,7	39,1
Alt Penedès	106.262	17,1	84,3	18,7	16,5	31,1	36,5
Pla d'Urgell	37.128	15,1	86,8	12,2	16,4	36,8	39,3
Solsonès	13.497	21,9	96,3	13,9	14,4	36,3	38,6
Ribera d'Ebre	22.925	35,4	89,2	16,2	15,6	36,8	39,4
Garrotxa	56.036	17,0	75,1	13,4	15,8	27,8	38,4
Alta Ribagorça	3.873	19,5	84,4	10,1	16,4	37,8	41,9
Pla de l'Estany	31.554	18,2	78,4	14,3	14,5	28,7	37,6
Pallars Sobirà	7.220	22,0	80,4	13,4	15,6	41,8	40,5
Osona	154.897	16,3	85,4	18,1	16	28,3	37,7
Alt Camp	44.578	15,7	88,7	20,2	15	33,3	38,1
Bages	184.403	15,2	81,7	19,7	15,8	29,5	38,6
Segrià	209.768	20,5	87	17,8	15	35,5	38,4
Pallars Jussà	13.530	20,5	91,4	15,3	15	39,9	41,7
Alt Urgell	20.878	19,1	100	15,8	13,6	40,9	37
Cerdanya	18.063	18,7	81	11,8	16,1	38,1	41,5
Gironès	185.085	20,2	77,6	16,8	16,2	31,2	36,5
Tarragonès	250.306	21,6	86,6	21,2	15,4	33,1	38,7
Urgell	36.526	17,7	88,6	16,1	14	36,5	39,4
Conca de Barberà	20.723	18,2	85,7	16,4	14,9	34,9	38,7
Noguera	39.376	17,7	86,1	16,9	14,1	37,5	40,7
Maresme	437.919	11,5	84,5	21,1	16,5	32,1	38,3
Berguedà	40.039	13,2	86,5	19,9	15,5	31,5	39,5
Baix Camp	190.249	17,4	84,9	21,8	14,6	35,5	38
Terra Alta	12.119	12,2	87,2	12,6	13,7	44,5	42,5
Garrigues	19.762	14,1	86	13,5	14,4	41,5	41,3
Priorat	9.550	10,1	92,6	15,1	14,6	40,8	41,5
Alt Empordà	140.214	15,9	75,8	19,3	13,6	36,3	39,2
Anoia	117.842	12,4	83,7	23,2	15,1	30,5	38,4
Baix Empordà	132.886	15,7	76,4	21,8	14,4	36,4	39
Baix Ebre	80.637	15,3	84,6	20,8	12,6	40,6	38,9
Selva	170.249	15,3	76,2	20,8	13,9	35,5	41,1
Garraf	145.886	11,0	79	22,7	16,1	32,8	37,9
Baix Penedès	100.262	11,6	80	29,0	14,1	35,7	39,1
Montsià	69.613	14,6	84,6	21,1	11,9	41,8	40,8
Catalunya	7.518.903	84,1	18,7	16,6	18,0	31,2	37,9

Quintil més favorable
Quintil més desfavorable

* Aquests indicadors calculats per comarques no són directament comparables als calculats per tota Catalunya (veure el capítol de metodologia). És per això que el valor que apareix a la taula per Catalunya no coincideix amb el color esmentat en el text.

Font: CatalunyaCaixa-Grup BBVA (VAB: elaboració OSSC), Departament d'Empresa i Ocupació, Idescat i Departament de Benestar Social i Família

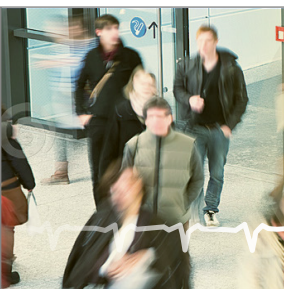


OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Estat de salut





Estat de salut

L'esperança de vida

L'esperança de vida mesura la longevitat, és a dir, el temps que es pot esperar viure en complir una determinada edat tenint en compte la situació actual de l'entorn. L'esperança de vida en bona salut indica els anys que es pot esperar viure amb percepció de bona salut, és a dir, indica la qualitat de vida en termes de salut.

A Catalunya, l'esperança de vida en néixer l'any 2013 era de 80,3 anys per als homes i de 86,0 anys per a les dones. En el període 2007-2013, l'esperança de vida en néixer ha incrementat 1,8 anys, 1,5 en dones i 2,6 en homes. Els valors d'esperança de vida són molt similars a la mitjana de l'Estat espanyol, tant en homes (80,2 anys) com en dones (86,1 anys), i són superiors als de la Unió Europea (77,8 i 83,3 anys, respectivament).

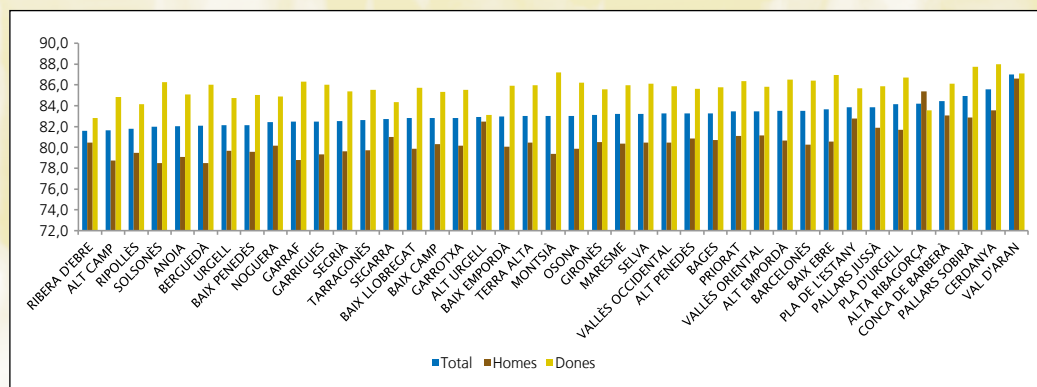
L'esperança de vida en bona salut també ha millorat en aquest període: l'any 2005 era de 63 (homes) i 60,5 (dones), mentre que a l'any 2013 els valors eren de 67,3 (homes) i 68,8 anys (dones). Tot i que la millora és molt rellevant, cal tenir en compte que l'esperança de vida en bona salut és un indicador més subjectiu que l'esperança de vida, ja que pot estar afectat per canvis en les expectatives de salut de la població. A nivell comarcal la variabilitat de l'esperança de vida és molt reduïda i no s'ha modificat respecte als anys anteriors a la crisi. Les comarques que presenten una esperança de vida més elevada són la Val d'Aran (87), la Cerdanya (85,6) i el Pallars Sobirà (84,9), i les que tenen una esperança de vida més baixa el Ripollès (81,8), l'Alt Camp (81,6) i la Ribera d'Ebre (81,6).

Evolució de l'esperança de vida en néixer. Catalunya, 2007-2013

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Dones	84,5	84,6	84,8	85,2	85,3	85,4	86,0
Homes	78,2	78,7	78,9	79,3	79,5	79,8	80,3
Total	81,1	81,7	81,9	82,3	82,5	82,6	83,2

Font: Registre de Mortalitat de Catalunya, Departament de Salut

Esperança de vida en néixer per comarca. Catalunya, 2013

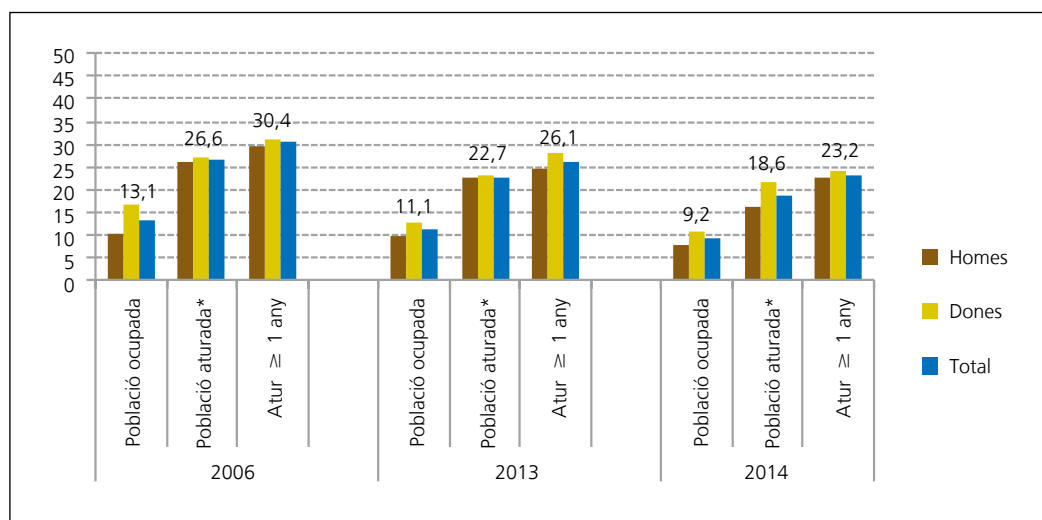


Font: Registre de Mortalitat de Catalunya, Departament de Salut

La salut percebuda

La comparació de les dades de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) de 2006 amb les dades de 2013-2014 mostra que les persones a l'atur han declarat pitjor salut autopercebuda tant a l'enquesta de 2006 com a les de 2013-2014, i especialment aquelles persones aturades de llarga durada (un any o més d'atur). És remarcable que comparat amb l'any 2006 el percentatge de persones, tant al grup d'aturats com al de no aturats, que perceben la seva salut com a regular o dolenta ha disminuït.

Proporció de la població amb salut autopercebuda com a regular o dolenta per sexe i situació laboral. Catalunya, 2006-2013/14



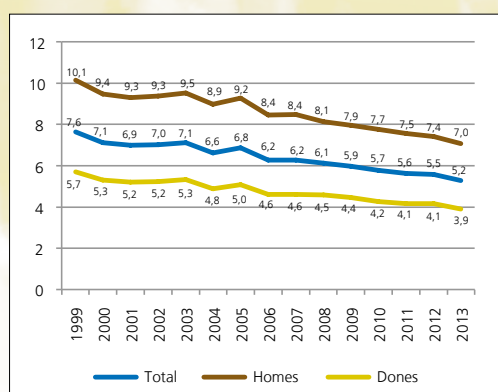
* El grup de població aturada inclou el d'atur de més d'1 any

Font: Enquesta de salut de Catalunya, Departament de Salut

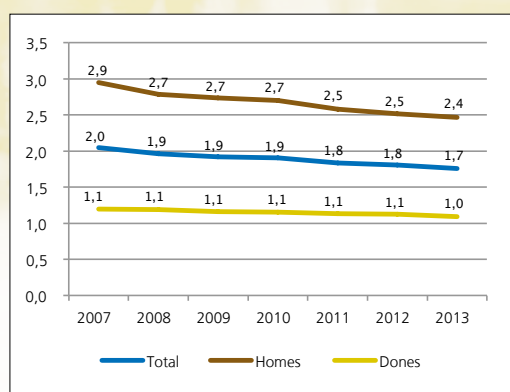
La mortalitat, la mortalitat evitable i la mortalitat per suïcidi

En els darrers anys, els indicadors de mortalitat han mantingut la tendència observada abans de la crisi econòmica: les taxes de mortalitat general i prematura (en persones menors de 70 anys) han continuat decreixent. La mortalitat prematura ha disminuït especial-

Taxa de mortalitat estandarditzada per edat per 1.000 habitants. Catalunya, 1999-2013



Taxa de mortalitat prematura (en menors de 70 anys) estandarditzada per edat per 1.000 habitants. Catalunya, 2007-2013



Font: Registre de Mortalitat de Catalunya, Departament de Salut

ment entre els homes, tot i que entre les dones també decreix. Cal tenir en compte que les taxes de mortalitat a Catalunya prenen valors lleugerament inferiors a la mitjana de l'Estat espanyol, tant en homes com en dones, i molt inferiors a la mitjana de la Unió Europea.

La disminució de la mortalitat no ha implicat canvis rellevants en la variabilitat d'aquest indicador entre comarques; el coeficient de variació s'ha mantingut estable entre el 6% i el 10% durant tot el període d'anàlisi. Les comarques que presenten una mortalitat elevada com a mínim en dos dels tres darrers anys (2011-2013) són l'Anoia, el Baix Camp, el Baix Llobregat, el Garraf, el Maresme i el Segrià. D'aquestes, el Baix Camp i el Segrià ja havien presentat resultats desfavorables en algun any anterior a la crisi, sense que la distància respecte a la mitjana de Catalunya s'hagi modificat. A l'altre extrem, el Barcelonès presentava valors més baixos de mortalitat abans de la crisi i ha mantingut la mateixa tendència en els darrers anys.

Índex de mortalitat estandarditzada (IME) per comarca. Catalunya, 2007-2013

Comarca	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Alt Camp	105,11	109,85	98,21	103,25	108,52	106,55	113,68
Alt Empordà	94,04	97,08	96,15	93,91	96,18	98,06	94,66
Alt Penedès	102,31	104,05	100,81	107,48	100,64	96,59	99,99
Alt Urgell	115,67	125,65	110,59	116,19	117,42	103,14	103,74
Alta Ribagorça	95,96	63,60	96,82	95,48	75,30	78,30	109,51
Anoia	100,96	100,65	101,61	98,14	108,95	106,87	109,05
Bages	101,26	99,08	99,34	97,98	99,90	100,70	99,96
Baix Camp	113,43	115,71	114,58	111,17	111,82	107,05	105,45
Baix Ebre	100,69	100,59	104,49	100,54	107,39	106,60	95,33
Baix Empordà	96,95	99,90	101,01	100,65	94,91	106,26	102,15
Baix Llobregat	101,53	101,93	98,84	97,88	98,36	103,49	105,41
Baix Penedès	103,39	99,63	96,11	107,99	102,89	108,32	105,27
Barcelonès	97,32	96,62	97,71	97,54	96,62	95,43	94,66
Berguedà	109,88	112,16	105,73	109,44	110,31	106,50	105,94
Cerdanya	80,14	77,97	109,73	96,56	81,74	96,99	92,98
Conca de Barberà	116,71	111,34	96,92	103,77	88,36	100,76	96,50
Garraf	107,78	110,50	102,41	100,06	105,71	108,25	108,54
Garrigues	95,11	101,22	107,25	108,22	99,79	87,63	106,48
Garrotxa	103,42	96,39	105,04	102,68	100,72	99,44	102,85
Gironès	101,06	103,53	99,39	104,59	103,82	103,09	99,88
Maresme	101,38	100,29	101,47	101,39	105,55	104,74	105,26
Montsià	100,89	101,41	103,54	98,56	97,93	99,47	103,09
Noguera	98,56	101,04	97,27	93,56	96,16	105,04	99,34
Osona	101,08	106,81	97,45	101,78	106,01	102,27	105,65
Pallars Jussà	76,25	86,52	84,38	89,96	92,54	115,95	86,51
Pallars Sobirà	81,72	89,84	92,98	87,97	93,06	92,32	88,12
Pla d'Urgell	95,61	85,52	89,88	93,82	94,28	89,93	97,25
Pla de l'Estany	101,95	114,47	106,66	99,27	109,78	101,58	94,90
Priorat	99,10	108,41	102,01	112,16	116,06	108,09	104,39
Ribera d'Ebre	88,49	92,29	94,28	105,25	91,45	104,43	109,77
Ripollès	102,07	106,91	104,73	120,57	107,06	108,28	109,89
Segarra	100,80	88,55	86,75	100,94	101,33	94,85	105,77
Segrià	111,67	111,20	109,68	112,73	112,89	102,05	105,00
Selva	99,55	100,26	100,58	102,60	100,60	100,48	100,12
Solsonès	92,17	108,49	99,87	109,95	134,13	112,37	102,70
Tarragonès	96,35	99,96	105,19	100,93	105,79	98,61	104,44
Terra Alta	96,62	85,88	88,09	88,81	86,98	89,72	95,85
Urgell	100,09	105,84	104,98	102,00	101,38	108,90	108,99
Val d'Aran	64,17	61,10	89,82	66,32	85,24	97,16	70,26
Vallès Occidental	101,23	99,31	99,93	99,16	98,51	100,21	101,64
Vallès Oriental	100,82	100,00	103,33	101,63	98,11	102,67	99,39

Valor significativament més alt que la mitjana de Catalunya

Valor significativament més baix que la mitjana de Catalunya

Valor sense diferència significativa amb la mitjana de Catalunya

* Significació al 95%

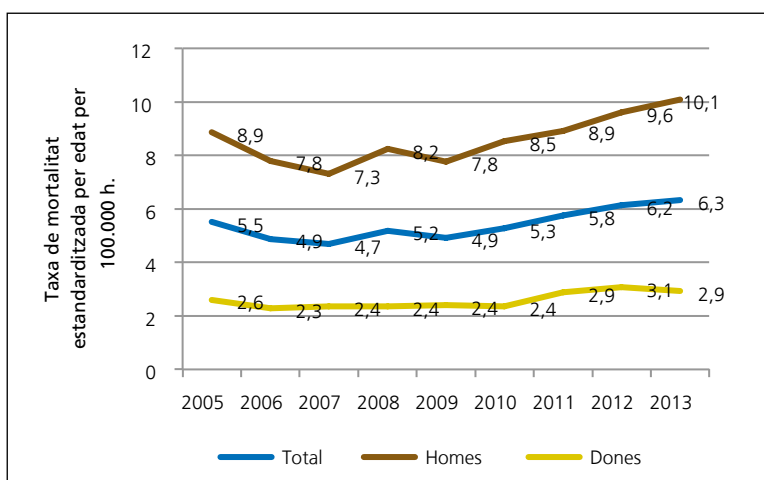
Font: Registre de Mortalitat de Catalunya, Departament de Salut

La mortalitat evitable sintetitza l'efecte sobre la mortalitat d'un conjunt de problemes de salut que, per alguns grups d'edat, es considera que són susceptibles de ser minimitzats mitjançant la millora dels serveis d'assistència sanitària o el reforç de les polítiques sanitàries intersectorials.

La mortalitat evitable ha seguit la mateixa tendència decreixent que la mortalitat general durant el període 2007-2014, però amb un decreixement inferior. Aquest fet es deu a que algunes de les causes han presentat evolucions desfavorables: entre les dones, l'evolució desfavorable de la mortalitat per tumor maligne de pulmó, i en ambdós sexes la mortalitat per suïcidi. En canvi la mortalitat evitable per malaltia isquèmica del cor i per malaltia cerebrovascular han presentat una tendència molt favorable.

La mortalitat per suïcidi, encara que no sempre és atribuïble a trastorn mental, és una variable indicativa de patiment i estrès. Des de l'any 2007 la taxa de mortalitat per suïcidi a Catalunya mostra una tendència creixent, situant-se l'any 2013 en valors similars als de principis de la dècada dels 2000.

Evolució de la taxa de mortalitat per suïcidi per sexe estandarditzada per edat per 100.000 habitants. Catalunya, 2005-2013



Font: Registre de Mortalitat de Catalunya, Departament de Salut

La taxa de mortalitat per suïcidi a Catalunya continua essent baixa en relació amb la d'altres països europeus, d'acord amb un patró territorial nord-sud, essent els països del sud d'Europa els menys afectats per aquest fenomen.

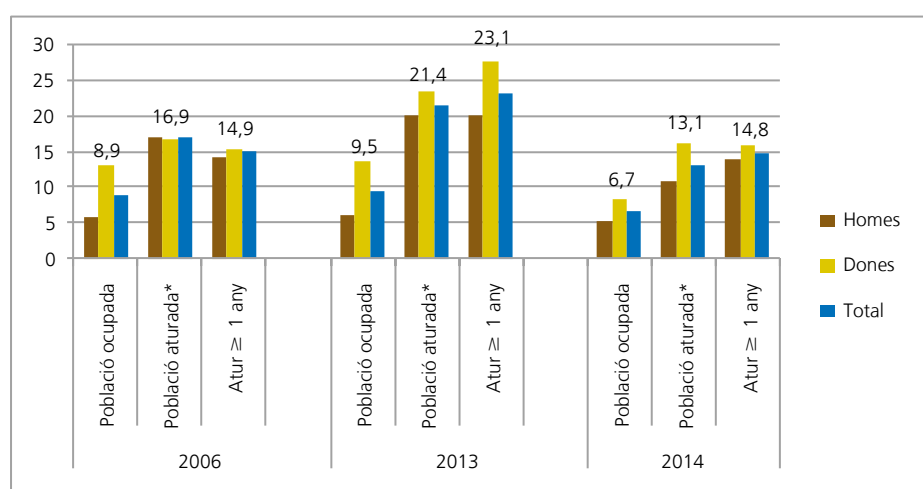
A Catalunya, tres de cada quatre difunts per suïcidi són homes (76,6%). La mortalitat masculina per suïcidi presenta un gradient per edats, essent els homes de més de 70 anys els que tenen més risc. En els darrers anys, el grup d'edat que ha sofert un increment més rellevant en la taxa de mortalitat ha estat dels homes de 40 a 60 anys, que corresponen a població en edat laboral. Entre les dones, tot i que el risc de suïcidi també creix amb l'edat, el gradient és molt menys acusat que entre els homes. Així doncs, gairebé tot el creixement de la taxa de mortalitat per suïcidi observat en els darrers anys s'explica per l'increment experimentat entre les persones de 40 a 60 anys.

La salut mental

L'ESCA mesura la salut mental a partir del *General Health Questionnaire* (GHQ), un qüestionari de 12 preguntes que valora l'estat emocional dels darrers 30 dies. En funció de les respostes, s'assigna una puntuació que va de 0 a 12. Els individus amb una puntuació igual o superior a 3 en aquest instrument presenten més risc de patir problemes de salut mental.

La població aturada presenta pitjors resultats que la població ocupada tant l'any 2006 com el 2013-2014. Aquestes diferències s'observen principalment l'any 2013, quan el percentatge de població a l'atur de llarga durada amb GHQ \geq 3 ha estat del 23,1%.

Prevalença de risc de mala salut mental (GHQ \geq 3) per sexe i situació laboral. Catalunya, 2006-2013/14



* El grup de població aturada inclou el d'atur de més d'1 any
Font: Enquesta de salut de Catalunya, Departament de Salut

El consum de psicofàrmacs

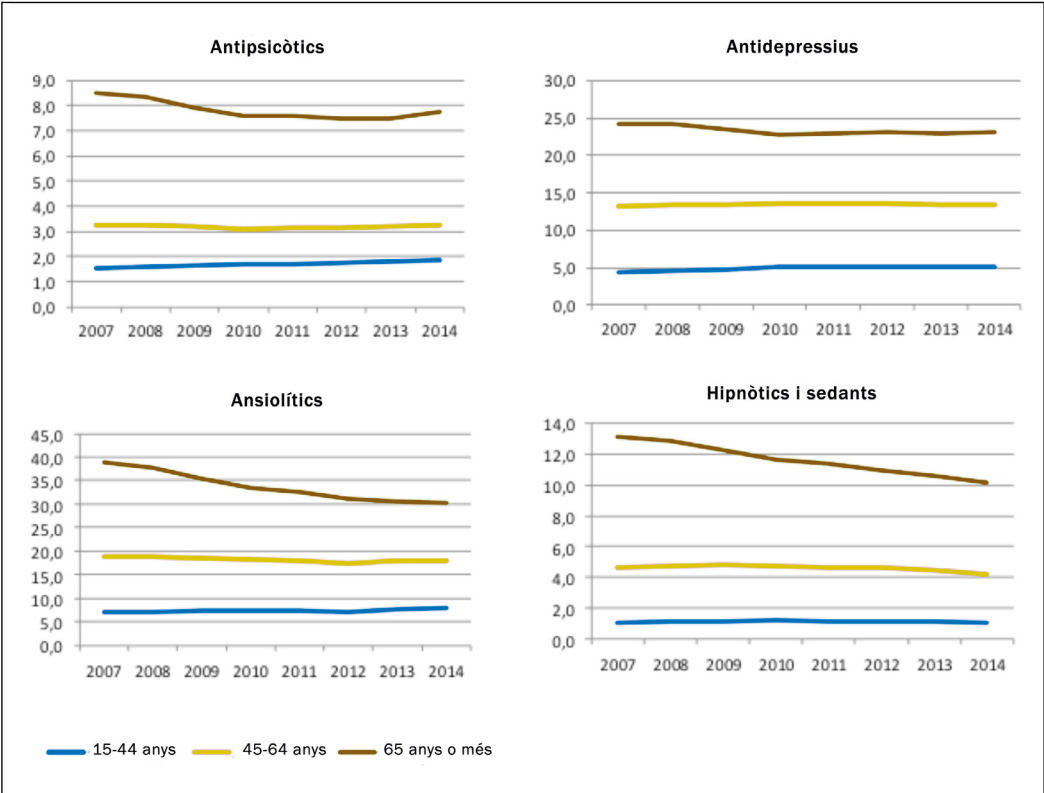
El percentatge de pacients tractats amb psicofàrmacs (antipsicòtics, ansiolítics, hipnòtics i sedants i antidepressius) s'ha mantingut estable amb valors al voltant del 23% entre 2007 i 2014. S'observen diferències per grups d'edat: ha incrementat el consum en la població de 15 a 44 anys (16,7%) i ha disminuït el de la de 65 i més anys (14,4%).

Cal tenir en compte que Catalunya, i també l'Estat espanyol, són països amb un elevat consum de psicofàrmacs, molt per sobre d'altres països europeus com el Regne Unit, Alemanya o Països Baixos. Aquest alt consum no necessàriament indica pitjor estat de salut mental.

En el cas del consum d'ansiolítics, l'any 2014 el percentatge de persones consumidores era un 5,4% més baix que l'any 2007. El grup d'edat major de 65 anys és el que ha sofert un canvi més gran (-21,9%) en aquest període i és el que concentra la proporció més gran de persones tractades. En el cas del grup d'hipnòtics i sedants s'observa un comportament molt semblant al del grup d'ansiolítics. Amb aquestes dades es pot observar que la reducció en el nombre de pacients de 65 o més anys tractats amb ansiolítics i/o hipnòtics i sedants no necessàriament

indica que la prevalença de malaltia mental hagi disminuït, sinó que pot ser conseqüència de canvis en la prescripció, resultant de l'esforç realitzat pels equips d'atenció primària per racionalitzar l'ús d'aquests medicaments particularment en la gent gran.

Evolució del percentatge de persones consumidores de psicofàrmacs per grup d'edat. Catalunya, 2007-2014



Font: Registre de farmàcia, CatSalut

A nivell comarcal, el CVp del percentatge de persones que consumeixen psicofàrmacs és relativament baix (5,5% l'any 2014) i ha anat reduint-se els darrers anys. La majoria de comarques que l'any 2014 tenen els percentatges més alts o més baixos, ja els tenien l'any 2007.

Percentatge de persones que consumeixen psicofàrmacs. Catalunya, 2007-2014
Paràmetres de variació entre comarques

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Percentatge de persones que consumeixen psicofàrmacs	23,1	23,0	22,7	22,7	22,8	22,3	22,8	23,1
Desviació estàndard ponderada	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,3	1,2	1,2
Coefficient de variació ponderat	5,9	5,7	5,6	5,6	5,5	5,6	5,4	5,3
Màxim	31,6	31,5	31,0	31,3	31,2	31,1	31,6	31,7
Mínim	18,3	18,0	18,3	18,0	18,2	18,2	19,4	19,4
Ràtio màxim/mínim	1,7	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6
Límit superior primera desviació	24,5	24,4	24,0	24,0	24,0	23,6	24,0	24,3
Límit inferior primera desviació	21,8	21,7	21,5	21,4	21,5	21,1	21,6	21,9

Font: elaborat per l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya a partir de dades del Registre de farmàcia, CatSalut



Anàlisi de la utilització de serveis per grups vulnerables

Per tal d'analitzar les diferències en la utilització de serveis per grups vulnerables, partint del fet que la informació de caràcter socioeconòmic no es recull de manera sistemàtica als sistemes d'informació de salut, s'ha realitzat l'anàlisi a partir de la informació de copagament farmacèutic (disponible a partir de l'any 2013). Aquest es basa en el nivell de renda fixat segons la base liquidable de la darrera declaració de renda vigent. Així, aplicant-hi aquest model, es disposa d'informació de renda dels individus, segons l'estratificació de la població en cinc grans grups:

- Persones amb rendes d'integració social, persones preceptores de pensions no contributives, aturats que han perdut el dret al subsidi, tractaments derivats de malalties professionals o d'accidents laborals, afectats per la síndrome tòxica i persones amb discapacitats en els supòsits contemplats en la normativa específica, que estan exempts de copagament.
- Persones amb una renda inferior a 18.000 euros anuals, que fan una aportació del 40% del preu dels medicaments.
- Persones amb una renda entre 18.000 euros i 100.000 euros que fan una aportació del 50% del preu dels medicaments.
- Persones amb una renda de 100.000 euros o superior, que fan una aportació del 60% del preu dels medicaments.
- Assegurats pensionistes de la Seguretat Social (excepte els inclosos en el primer apartat), que fan una aportació del 10% del preu dels medicaments amb límits mensuals en funció de la renda.

L'anàlisi es realitza comparant el grup de persones exemptes de copagament amb la població general; les dades s'han estandarditzat per edat. El desembre de 2013, les persones que estaven exemptes de copagament eren 279.772, de les quals, 187.775 (67%) tenien entre 15 i 64 anys. Els desembre de 2014, les persones exemptes de pagament havien augmentat fins arribar a 303.368, amb el mateix percentatge de persones entre 15 i 64 anys que l'any anterior. El grup de població general està format pels col·lectius que s'han esmentat anteriorment, entre els quals predominen les persones aturades que han perdut el dret a subsidi (47%), les persones amb rendes d'integració social (18%) i les persones preceptores de pensions no contributives (14%).

Psicofàrmacs

Analitzant el consum de psicofàrmacs de les persones d'entre 15 i 64 anys en funció del nivell del copagament, s'observa que l'any 2014 un 18,2% de la població amb copagament consumia psicofàrmacs, mentre que per a les persones exemptes del copagament aquest percentatge era del 39%. La probabilitat de ser tractats amb psicofàrmacs de les persones exemptes de pagament multiplica per 2,1 la de la resta de persones d'entre 15 i 64 anys.

Per comarques, la ràtio dels dos percentatges oscil·la entre 0,8 i 2,5. Hi ha comarques com l'Alt Urgell, el Pallars Sobirà o el Pla de l'Estany en les quals les persones exemptes de copagament tenen 2,5 vegades més de probabilitat de ser tractades amb psicofàrmacs que la població general.

Percentatge de persones de 15 a 64 anys consumidores de psicofàrmacs per tipus de copagament de farmàcia per comarca. Catalunya, 2014

Comarca	Tots nivells copagament		Persones exemptes	Ràtio
	Població	% consumidores de psicofàrmacs*	% consumidores de psicofàrmacs*	
Alt Camp	29.213	19,2	40,4	2,1
Alt Empordà	89.834	17,4	32,0	1,8
Alt Penedès	69.726	17,6	36,3	2,1
Alt Urgell	13.189	18,5	45,5	2,5
Alta Ribagorça	2.418	15,8	13,3	0,8
Anoia	76.702	17,7	37,1	2,1
Bages	114.321	20,7	35,5	1,7
Baix Camp	128.771	18,1	40,8	2,3
Baix Ebre	52.085	18,6	43,0	2,3
Baix Empordà	85.512	19,0	32,6	1,7
Baix Llobregat	541.061	18,9	38,8	2,0
Baix Penedès	61.578	20,3	36,9	1,8
Barcelonès	1.515.442	17,5	42,2	2,4
Bergueda	24.687	24,1	37,1	1,5
Cerdanya	11.189	17,0	25,6	1,5
Conca de Barberà	12.724	16,8	36,0	2,1
Garraf	94.555	17,8	40,2	2,3
Garrigues	11.549	16,9	39,1	2,3
Garrotxa	36.221	16,9	33,9	2,0
Gironès	129.178	18,4	38,1	2,1
Maresme	285.888	18,3	37,6	2,1
Moianès	7.783	18,7	45,4	2,4
Montsià	45.153	19,6	45,6	2,3
Noguera	24.528	18,0	42,6	2,4
Osona	102.765	19,2	35,4	1,8
Pallars Jussà	7.773	16,7	37,1	2,2
Pallars Sobirà	3.959	13,4	33,3	2,5
Pla de l'Estany	21.031	16,9	42,4	2,5
Pla d'Urgell	23.600	17,8	42,1	2,4
Priorat	5.290	20,5	47,1	2,3
Ribera d'Ebre	14.124	19,4	41,0	2,1
Ripollès	15.500	21,9	41,1	1,9
Segarra	14.993	15,6	31,2	2,0
Segrià	143.166	17,1	41,2	2,4
Selva	111.217	19,6	38,7	2,0
Solsonès	8.478	19,0	35,2	1,9
Tarragonès	169.184	18,5	41,9	2,3
Terra Alta	7.030	18,0	48,2	2,7
Urgell	23.476	16,3	39,0	2,4
Val d'Aran	6.612	17,5	40,8	2,3
Vallès Occidental	606.092	18,6	37,3	2,0
Vallès Oriental	269.613	18,2	38,1	2,1
Catalunya	5.017.210	18,2	39,0	2,1

* Valors ajustats per edat



Hospitalització

Analitzant l'hospitalització de les persones d'entre 15 i 64 anys segons el tipus de copagament de farmàcia, s'observa que l'any 2014 la població general tenia una taxa d'hospitalització de 90,5 per mil habitants, mentre que per a les persones exemptes de copagament la taxa estandarditzada era de 132,6 per cada mil habitants. La probabilitat de ser ingressades a l'hospital de les persones exemptes de pagament multiplica per 1,5 la de la resta de persones d'entre 15 i 64 anys.

Per comarques, la ràtio de les dues taxes oscil·la entre 0,8 i 2,4. Hi ha comarques com la Vall d'Aran (2,4) o el Ripollès (2,1) en les quals les persones de 15 a 64 anys exemptes del copagament de farmàcia tenen el doble de probabilitat d'ingressar a l'hospital que la població general. Tot i que caldria analitzar si hi ha altres factors que expliquin aquest fenomen, una part d'aquest excés d'hospitalitzacions seria atribuïble a un pitjor estat de salut.

Visites a l'atenció primària

L'any 2014 les persones d'entre 15 i 64 anys amb copagament que van anar com a mínim un cop a l'atenció primària van realitzar una mitjana de 6 visites a aquest servei. Entre les persones del mateix grup d'edat que estan exemptes de copagament farmacèutic, la mitjana de visites per pacient va ser de 8,1. Aquest grup de persones va realitzar un nombre de visites 1,4 vegades més alt que les que tenen copagament. En general, el comportament per comarca és poc variable, però s'observa que les comarques en les quals hi ha una major utilització dels recursos d'atenció primària en el grup d'exempts de copagament són comarques de predomini rural.

Visites a centres de salut mental

Entre el grup de persones de 15 a 64 anys, un 3,1% van ser ateses a centres de salut mental l'any 2014, mentre que entre les persones del mateix grup d'edat que estan exemptes de copagament farmacèutic el percentatge de persones ateses va ser del 10,9%. S'observa, doncs, que les persones exemptes de copagament van ser ateses 3,5 vegades més que la població general.

Els hàbits i estils de vida

Consum de tabac

A Catalunya el consum de tabac ha disminuït entre el 2006 (29,4%) i el 2014 (25,9%) per la població general. Segons l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) de l'any 2014, el 25,9% de les persones de 15 anys i més són fumadores (diàries o ocasionals), el 31,8% dels homes i el 20,3% de les dones. El 23,5% són fumadores diàries (el 29,0% dels homes i el 18,2% de les dones), i el 2,4% són fumadores ocasionals (el 2,8% dels homes i el 2,1% de les dones). Comparada amb altres països europeus, la proporció de població fumadora és encara relativament alta i major que en països com Alemanya, Itàlia o Grècia, però inferior a la proporció existent a França i el Regne Unit.

Taxa estandarditzada d'hospitalització en persones de 15 a 64 anys per tipus de copagament de farmàcia per comarca. Catalunya, 2014

Comarca	Taxa hospitalització tots nivells copagament	Taxa hospitalització persones exemptes	Ràtio
Alt Camp	93,5	143,43	1,5
Alt Empordà	75,9	133,68	1,8
Alt Penedès	90,3	112,94	1,3
Alt Urgell	105,9	176,76	1,7
Alta Ribagorça	90,1	68,40	0,8
Anoia	94,8	135,37	1,4
Bages	99,7	137,98	1,4
Baix Camp	90,4	122,33	1,4
Baix Ebre	89,2	115,83	1,3
Baix Empordà	82,9	116,13	1,4
Baix Llobregat	94,5	126,44	1,3
Baix Penedès	95,0	125,55	1,3
Barcelonès	92,3	144,88	1,6
Bergueda	99,2	118,45	1,2
Cerdanya	85,3	109,07	1,3
Conca de Barberà	89,3	140,65	1,6
Garraf	93,7	127,07	1,4
Garrigues	80,2	104,50	1,3
Garrotxa	82,7	109,12	1,3
Gironès	88,7	130,41	1,5
Maresme	86,6	115,58	1,3
Moianès	88,9	138,75	1,6
Montsià	87,4	140,61	1,6
Noguera	80,0	121,77	1,5
Osona	86,7	115,22	1,3
Pallars Jussà	121,4	228,93	1,9
Pallars Sobirà	98,3	147,04	1,5
Pla de l'Estany	82,7	115,61	1,4
Pla d'Urgell	83,2	149,72	1,8
Priorat	82,0	154,05	1,9
Ribera d'Ebre	102,8	189,69	1,8
Ripollès	91,8	192,98	2,1
Segarra	83,3	132,60	1,6
Segrià	81,1	142,89	1,8
Selva	85,1	124,49	1,5
Solsonès	85,6	144,55	1,7
Tarragonès	93,0	141,68	1,5
Terra Alta	86,4	132,52	1,5
Urgell	86,1	116,39	1,4
Val d'Aran	83,9	205,48	2,4
Vallès Occidental	91,1	131,42	1,4
Vallès Oriental	86,9	119,76	1,4
Catalunya	90,5	132,6	1,5

Font: conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBD-HA), CatSalut



Nombre de visites d'atenció primària en persones ateses de 15 a 64 anys per tipus de copagament de farmàcia per comarca. Catalunya, 2014

Comarca	Visites tots nivells copagament	Visites persones exemptes	Ràtio
Val d'Aran	5,3	6,0	1,1
Vallès Occidental	5,5	7,1	1,3
Garraf	5,5	7,2	1,3
Baix Empordà	5,6	7,4	1,3
Baix Llobregat	5,7	7,5	1,3
Vallès Oriental	5,6	7,6	1,4
Alt Penedès	5,9	7,6	1,3
Cerdanya	6,0	7,7	1,3
Alt Empordà	6,3	7,8	1,2
Selva	6,1	7,8	1,3
Bages	6,0	7,9	1,3
Anoia	6,1	7,9	1,3
Baix Camp	6,0	7,9	1,3
Barcelonès	5,6	7,9	1,4
Baix Penedès	6,8	8,1	1,2
Alt Camp	7,0	8,2	1,2
Maresme	6,0	8,3	1,4
Garrotxa	6,0	8,6	1,4
Berguedà	6,7	8,9	1,3
Tarragonès	6,7	9,0	1,3
Baix Ebre	6,8	9,1	1,3
Ripollès	6,6	9,2	1,4
Gironès	6,3	9,2	1,5
Pla de l'Estany	6,2	9,4	1,5
Moianès	5,8	9,4	1,6
Segrià	7,1	9,5	1,3
Montsià	7,1	9,8	1,4
Osona	6,9	9,9	1,4
Alta Ribagorça	10,3	10,2	1,0
Conca de Barberà	7,3	10,2	1,4
Ribera d'Ebre	7,4	10,4	1,4
Priorat	7,6	10,8	1,4
Garrigues	7,5	10,8	1,4
Urgell	7,8	10,9	1,4
Solsonès	8,1	11,8	1,5
Noguera	7,8	12,1	1,5
Segarra	7,8	12,3	1,6
Terra Alta	9,4	12,5	1,3
Alt Urgell	8,4	12,8	1,5
Pla d'Urgell	8,0	13,3	1,7
Pallars Jussà	9,3	14,2	1,5
Pallars Sobirà	9,4	18,0	1,9
Catalunya	6,0	8,1	1,4

Font: conjunt mínim bàsic de dades d'atenció primària (CMBD-AP), CatSalut

Percentatge de persones de 15 a 64 anys ateses als centres de salut mental per tipus de copagament per comarca. Catalunya, 2014

Comarca	% persones ateses tots nivells copagament*	% persones ateses exemptes	Ràtio
Alt Camp	2,7	9,8	3,69
Alt Empordà	2,3	7,3	3,17
Alt Penedès	4,0	11,6	2,90
Alt Urgell	4,3	20,2	4,73
Alta Ribagorça	4,7	9,2	1,93
Anoia	2,9	8,5	2,98
Bages	4,8	10,5	2,17
Baix Camp	2,4	8,4	3,46
Baix Ebre	3,1	13,4	4,34
Baix Empordà	2,5	7,2	2,87
Baix Llobregat	3,3	11,2	3,44
Baix Penedès	3,3	10,5	3,16
Barcelonès	3,3	13,4	4,09
Bergueda	6,4	17,4	2,73
Cerdanya	4,3	11,3	2,61
Conca de Barberà	1,9	9,0	4,86
Garraf	2,2	8,8	4,10
Garrigues	4,9	20,7	4,24
Garrotxa	3,2	10,9	3,38
Gironès	2,2	7,8	3,53
Maresme	2,8	10,0	3,57
Moianès	3,5	17,1	4,84
Montsià	3,5	14,3	4,04
Noguera	3,8	15,5	4,03
Osona	3,9	11,0	2,84
Pallars Jussà	5,4	27,3	5,09
Pallars Sobirà	3,8	24,8	6,50
Pla de l'Estany	1,6	6,8	4,17
Pla d'Urgell	3,4	10,7	3,16
Priorat	2,0	11,9	5,95
Ribera d'Ebre	3,1	13,2	4,31
Ripollès	4,7	13,9	2,97
Segarra	3,8	12,4	3,27
Segrià	3,4	11,8	3,43
Selva	3,0	8,3	2,74
Solsonès	5,5	16,0	2,92
Tarragonès	2,9	12,3	4,17
Terra Alta	2,4	15,9	6,54
Urgell	3,9	14,7	3,81
Val d'Aran	0,6	0,0	0,00
Vallès Occidental	2,9	8,7	3,01
Vallès Oriental	2,6	9,3	3,56
Catalunya	3,1	10,9	3,5

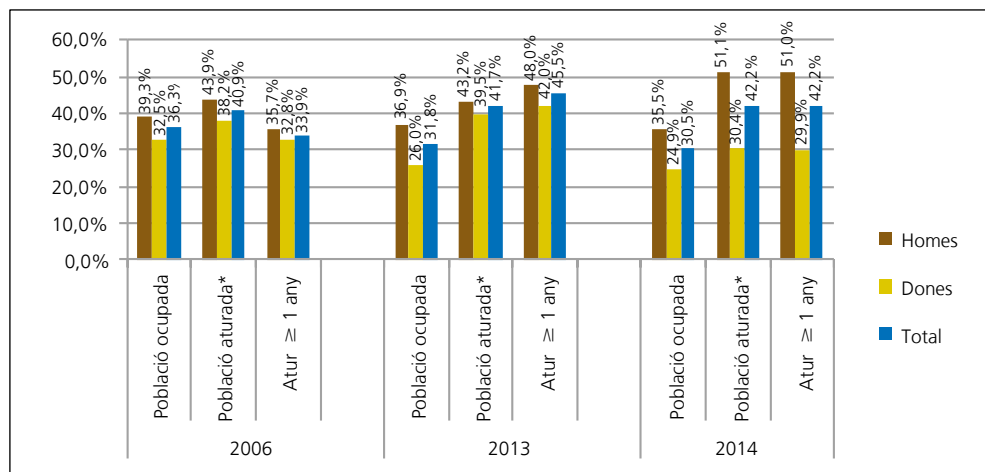
Font: conjunt mínim bàsic de dades de salut mental (CMBD-SM), CatSalut

* Valors ajustats per edat



S'observa un canvi en el patró de consum de tabac: al 2006 no es veia un patró de consum segons situació laboral, mentre que al 2013 i 2014 es veu com les persones que estan en atur, i sobretot els homes, consumeixen més tabac que les no aturades. Ha disminuït el consum de tabac en les dones, en totes les situacions laborals.

Prevalença de consum de tabac per sexe i situació laboral. Catalunya, 2006-2013/14



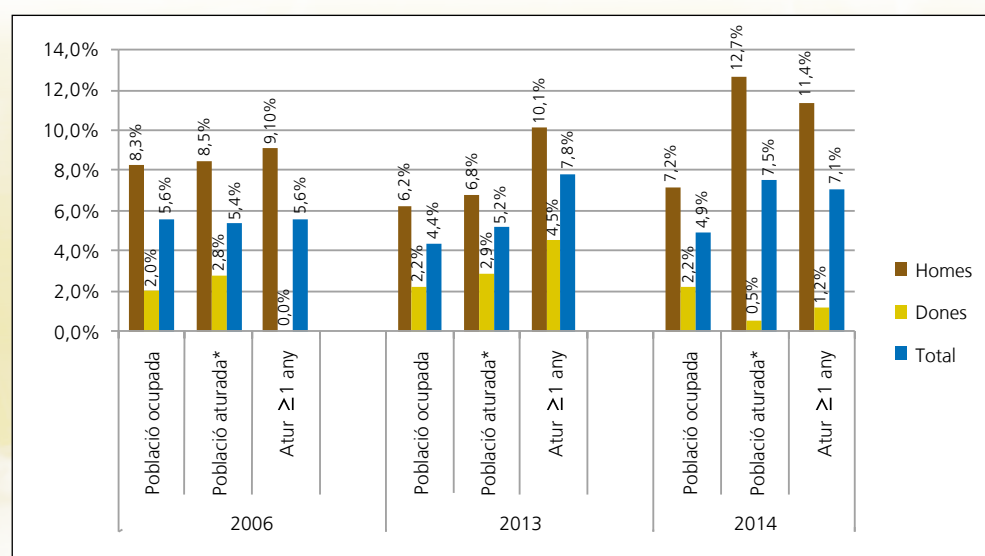
* El grup de població aturada inclou el d'atur de més d'1 any
Font: Enquesta de salut de Catalunya, Departament de Salut

Consum d'alcohol

A Catalunya, el consum de risc d'alcohol s'ha mantingut estable entre els anys 2006 i 2014 (4,5%). L'any 2014, el 4,5% de la població de 15 anys i més declarava fer un consum de risc d'alcohol (el 7,3% dels homes i l'1,7% de les dones). El 60,6% de la població fa un consum de baix risc (el 68,0% dels homes i el 53,4% de les dones).

Aquest consum tampoc no presentava un patró lligat a la situació laboral el 2006 mentre que el 2013 i 2014 es veu que les persones en atur tenen una

Prevalença de consum de risc d'alcohol segons sexe i situació laboral. Catalunya, 2006-2013/14



* El grup de població aturada inclou el d'atur de més d'1 any
Font: Enquesta de salut de Catalunya. Departament de Salut

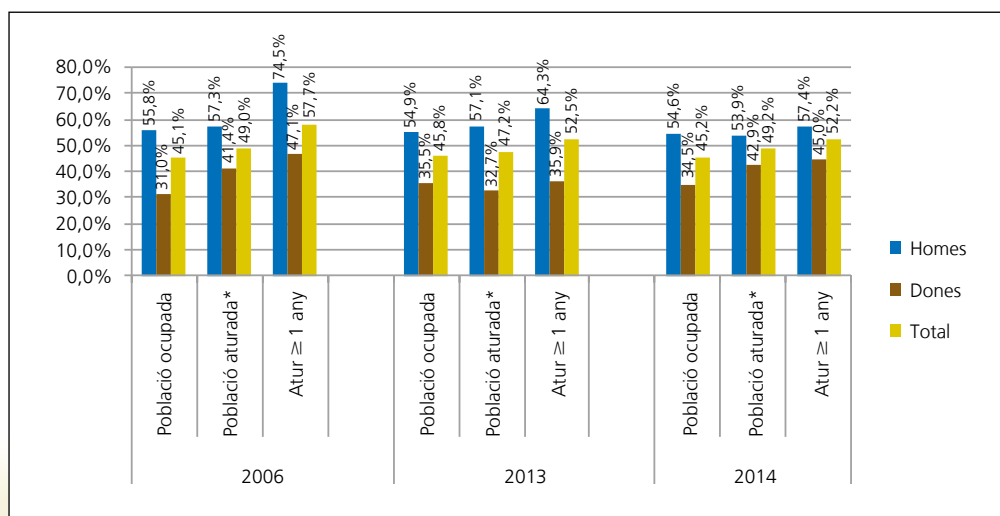
major prevalença de consum de risc que les no aturades. En les dones no s'observa aquest patró, i declaren menor consum de risc d'alcohol que els homes en tots els casos.

Obesitat i sobrepès

A Catalunya, la població amb excés de pes (obesitat i sobrepès) s'ha mantingut estable entre 2006 (48,7%) i 2014 (48,1). L'any 2014, el 48,1% de la població de 18 a 74 anys té excés de pes, el 55,5% dels homes i el 40,7% de les dones. El 33,1% té sobrepès i el 15,0% té obesitat. Mentre que el sobrepès afecta més els homes (el 40,4%) que les dones (el 25,7%), els percentatges d'obesitat són similars en ambdós sexes (el 15,1% en els homes i el 15,0% en les dones). Els valors d'obesitat estan per sota dels que declara la població de l'Estat espanyol (al voltant del 17%), i per sobre dels declarats a França (al voltant del 13%) i Itàlia (10%).

No s'han trobat canvis de patró pel que fa a l'excés de pes entre els anys 2006 i 2013-2014 segons les dades de l'ESCA. L'any 2006 s'observa una prevalença més elevada d'excés de pes en la població a l'atur. Aquestes diferències, però, no s'han trobat entre els anys 2013 i 2014. Segons el sexe, l'excés de pes és major en els homes que en les dones a totes les categories analitzades.

Prevalença de sobrepès i obesitat per sexe i situació laboral. Catalunya, 2006-2013/14



* El grup de població aturada inclou el d'atur de més d'1 any

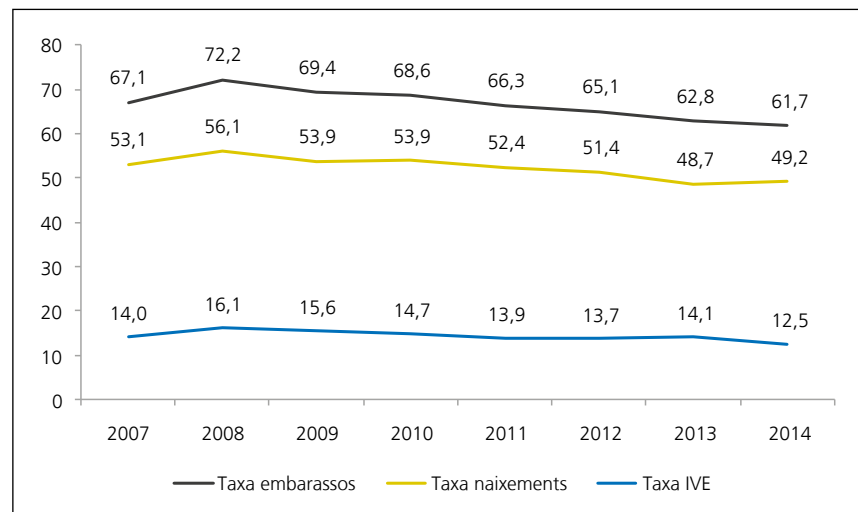
Font: Enquesta de salut de Catalunya, Departament de Salut

Els embarassos, els naixements i les interrupcions voluntàries de l'embaràs

Entre els anys 2007 i 2014, la taxa de naixements de dones de 15 a 44 anys va disminuir un 7,3%, i també va baixar la taxa d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE), que han disminuït en aquest període un 11%. Seguint la tendència dels anys anteriors, l'any 2014 les dones d'origen estranger van tenir una taxa d'avortament més alta (23,5%) que les d'origen autòcton (9,0 %).



Evolució de la taxa (per 1.000 dones) d'embarassos, d'IVE i naixements en dones de 15-44 anys. Catalunya 2007-2014

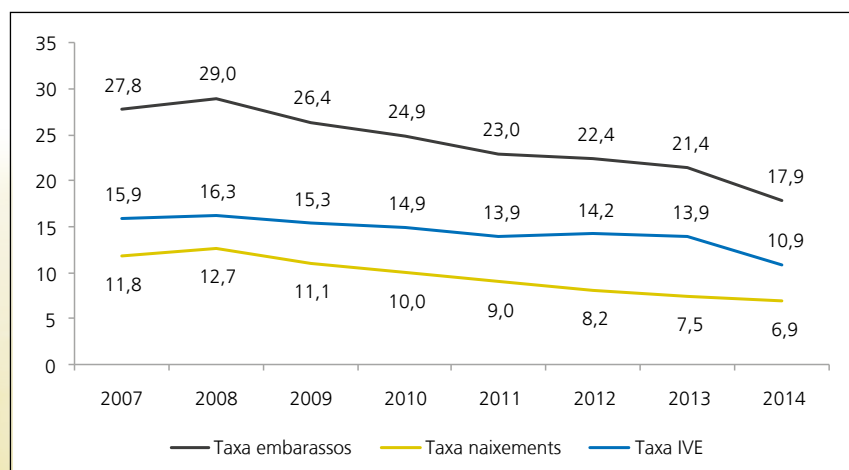


Font: Idescat i Estadística de la interrupció voluntària de l'embaràs, Departament de Salut

Pel que fa a les taxes d'IVE per grups d'edat, els grups d'edat més joves són els que presenten les taxes més elevades, però també és en aquestes edats on les taxes estan tenint una major reducció. En el cas de les dones de 20-24 anys s'ha observat una reducció del 24,6%.

Cal mencionar que entre 2007 i 2014 els embarassos en noies adolescents s'han reduït un 35,6%, produint-se també una reducció de les IVE en aquesta franja d'edat.

Evolució de la taxa (per 1.000 dones) d'embarassos, IVE i naixements en noies de 15-19 anys. Catalunya 2007-2014



Font: Idescat i Estadística de la interrupció voluntària de l'embaràs, Departament de Salut

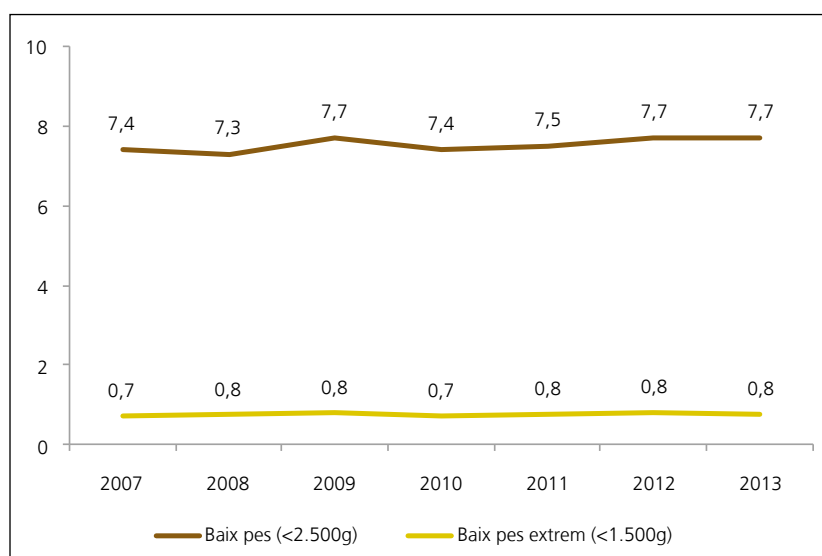
El baix pes en néixer

El període neonatal es considera l'etapa de la vida més vulnerable de l'ésser humà, ja que hi ha un major risc que les malalties que es presentin deixin seqüeles, especialment neurològiques. El pes dels nadons en néixer és un dels indicadors de salut

maternoinfantil més àmpliament utilitzats, que permet conèixer aspectes relacionats amb la salut materna i el seguiment durant l'embaràs, però a més també és un bon indicador de la salut fetal i neonatal, ja que és un bon predictor de la salut del nou-nat i la seva supervivència.

La prevalença del baix pes en néixer d'una població i la seva evolució, és un indicador de la qualitat dels serveis maternoinfantils i un predictor de la morbiditat i mortalitat perinatal, així com del creixement del nou-nat, la seva salut a llarg termini i el seu desenvolupament psicosocial. També aporta informació sobre les condicions i els estils de vida de les embarassades.

Evolució del baix pes en néixer (% respecte al total de nadons). Catalunya 2007-2013



Font: Indicadors de salut perinatal a Catalunya, Departament de Salut

A Catalunya tant el percentatge de nadons amb baix pes en néixer (menys de 2.500 grams), com el de nadons amb baix pes extrem en néixer (menys de 1.500 grams), s'han mantingut constants durant el període de 2007 a 2014, entorn d'un 7,5% i 0,8%, respectivament.

Les infeccions

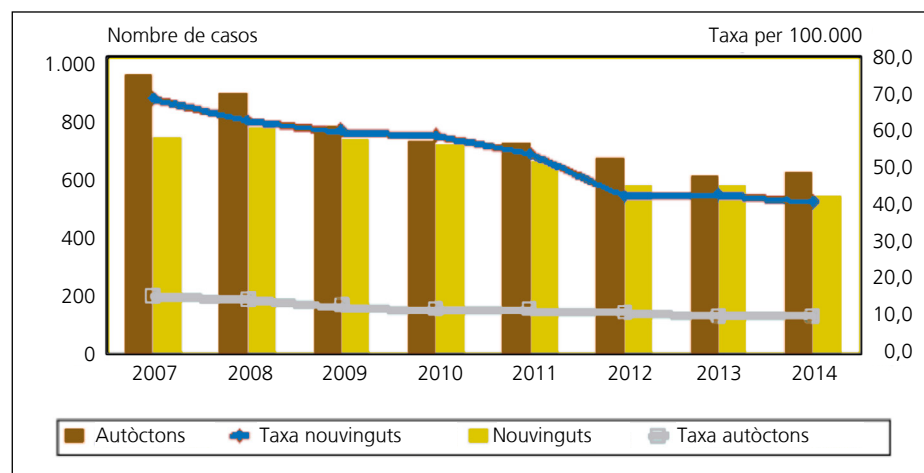
Tuberculosi

La tuberculosi és un problema de salut pública global i té una incidència més gran en països amb nivell d'ingressos baixos o mitjans i, dins de cada país, es concentra en els grups de població amb les condicions de vida i habitatge més precàries.

L'any 2014 es van registrar 1.135 casos de tuberculosi en residents a Catalunya, que representen una taxa de 15,1 casos per 100.000 habitants. El 95% d'aquests casos són malalts nous. Tot i que entre els anys 2007 i 2014 la taxa d'incidència de tuberculosi a Catalunya mostra una tendència decreixent, encara continua presentant una taxa superior a la dels països industrialitzats. La reducció de la incidència de 2014 només s'ha observat entre les persones nouvingudes amb una disminució de la incidència del 4,2%, però ha augmentat un 2,1% en les autòctones.



Evolució de la tuberculosi segons origen del malalt. Catalunya, 2007-2014



Font: Registre de Tuberculosi, Departament de Salut

La distribució de casos de tuberculosi al territori no és homogènia. El 67,5% dels casos es concentra a les comarques de Barcelona i el 26,6% a la ciutat de Barcelona. L'any 2014, les comarques amb més de 10 casos tenien una taxa entre 6,5 i 40,6 casos per 100.000 habitants amb un CVp de 31,3%. Aquesta variabilitat és semblant a la d'altres anys.

El retard diagnòstic dels casos pulmonars de 2014, entès com el període de temps entre l'inici de símptomes respiratoris i l'inici del tractament, ha estat molt alt: 58 dies de mediana i superior a l'observat en els darrers 7 anys.

En el conjunt de casos de tuberculosi que van iniciar el tractament l'any 2014, els factors de risc de malaltia tuberculosa més freqüents són el tabaquisme (26,8%), la precarietat social (17,6%), l'alcoholisme (7,82%), la diabetis (6,3%), el tractament immunosupressor (5%) i la infecció pel VIH (3,9%). La majoria d'aquests factors de risc són determinants negatius de salut. Cal tenir en compte, però, que el 43,3% dels malalts no presenta cap factor de risc de malaltia tuberculosa, amb una proporció significativament més alta en les dones que en els homes (44,9% i 42,2%, respectivament).

El 88,2% dels casos de tuberculosi que van iniciar tractament durant l'any 2013 el van finalitzar satisfactòriament, sense diferències entre les persones autòctones i les nouvingudes.

Infeccions de transmissió sexual i SIDA

A Catalunya, les infeccions de transmissió sexual més freqüents són la sífilis, la gonocòccia i la infecció per VIH. L'any 2014 es van declarar 1.290 casos de sífilis i 1.529 casos de gonocòccia, la gran majoria en homes. Això suposa una taxa de 31,5 per 100.000 habitants en el cas de la sífilis, i de 36,3 per 100.000 habitants en el de la gonocòccia. Les taxes de les dones són de 4,3 i 6,1 per cada 100.000 habitants respectivament. El més destacable és la forta pujada que aquestes dues infeccions de transmissió sexual han tingut en el cas dels homes en el període entre 2007 i 2014.

Taxa de tuberculosi per comarca. Catalunya 2007-2014

Comarca	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Alt Camp		36,2		28,7		22,1		29,2
Alt Empordà	21,7	29,5	33,2	22,8	23,5	26,1	26,2	17,8
Alt Penedès	22,3	15,7	9,6	16,3	15,1	15,1	14,1	15,1
Anoia	21,5	16,5			11,8		8,4	10,2
Bages	15,8	14,9	15,2	9,2	14,0	10,7	11,3	6,5
Baix Camp	17,2	17,1	14,8	12,6	9,9	10,3	8,3	12,6
Baix Ebre	28,0	36,9	23,2	32,8	25,4	15,6	14,7	14,9
Baix Empordà	20,6	22,2	12,8	16,5	12,0	9,0	9,7	17,3
Baix Llobregat	18,1	18,7	15,1	14,7	13,9	16,0	13,2	11,2
Baix Penedès	20,9	15,7	11,1	16,0	24,7	16,8	15,8	14,0
Barcelonès	32,0	27,6	26,4	26,0	25,1	21,6	21,2	19,6
Garraf	21,3	21,4	18,9	13,1	16,4	9,2		14,4
Garrigues						49,5		
Garrotxa		27,6	19,9				25,0	21,4
Gironès	25,9	24,0	24,5	16,6	15,9	14,7	16,7	12,4
Maresme	18,6	22,6	18,1	18,8	15,4	13,7	14,2	11,6
Montsià	17,7	14,1	15,2	18,0				
Noguera	25,9		34,8					40,6
Osona	18,4	14,0	11,2	20,2	18,2	11,0	7,7	17,4
Pla d'Urgell			27,0					
Segrià	33,6	40,5	39,4	31,1	24,6	22,9	26,2	25,3
Selva	15,2	27,3	14,8	21,6	15,7	13,8	8,1	7,6
Tarragonès	21,2	19,0	24,6	12,0	14,0	13,9	13,5	16,0
Urgell	34,3					29,7		
Vallès Occidental	18,1	16,2	14,3	13,5	13,8	13,0	13,6	12,2
Vallès Oriental	15,6	19,1	15,5	13,4	13,5	9,9	7,2	10,4
Catalunya	23,20	22,20	19,90	18,90	15,40	16,20	15,40	15,10

Les comarques sense valors a la taula han tingut menys de 10 casos. Alt Urgell (1), Alta Ribagorça (1), Berguedà (5), Cerdanya (1), Conca de Barberà (4), Pallars Jussà (2), Pallars Sobirà (1), Pla de l'Estany (3) Priorat (2), Ribera d'Ebre (5), Ripollès (1), Segarra (2), Solsonès (1), Terra Alta (1) Val d'Aran (2)

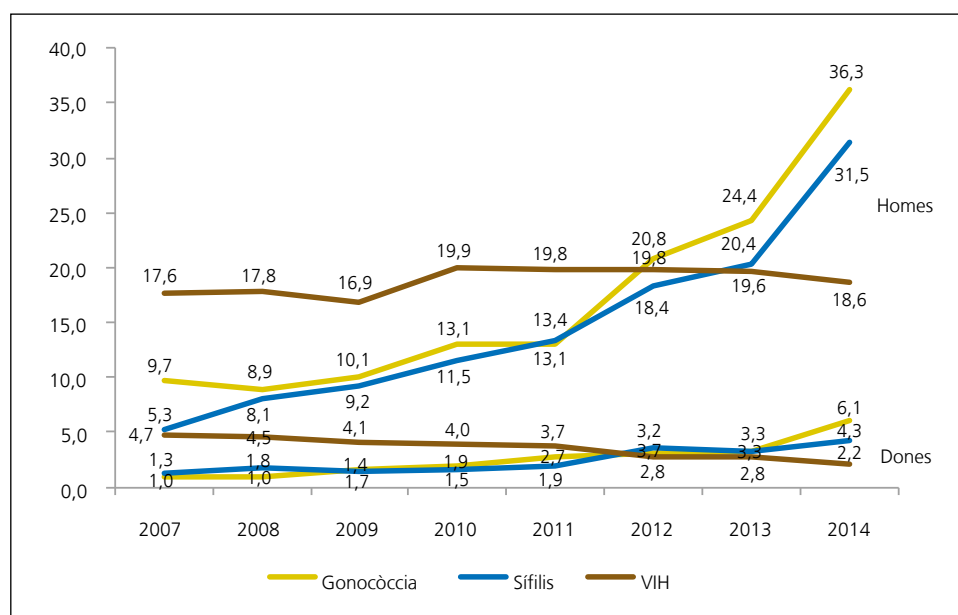
Font: Registre de Tuberculosi, Secretaria de Salut Pública, Departament de Salut

Les infeccions per VIH s'han mantingut bastant estables en aquest període, mostrant una lleugera disminució principalment en les dones, que ja presentaven taxes més baixes. Els homes han passat d'una taxa del 17,6 per cada 100.000 habitants el 2007 a una del 18,6 el 2014, i les dones en el mateix període han passat d'una del 4,7 a una del 2,2 per 100.000 habitants.

L'any 2014 es van notificar 115 casos nous de sida i hi havia 6.610 casos prevalents (persones que viuen amb la malaltia). Des de 1981, en què es va detectar el primer cas de sida, la taxa anual d'incidència va augmentar progressivament fins els anys 1996-1998, quan es va produir una forta davallada en el nombre de casos. Des d'aleshores, la disminució ha continuat de manera menys pronunciada però constant. El que no ha parat de créixer de manera continuada en aquest temps és la quantitat de persones que conviuen amb la malaltia, ja que la mortalitat per sida també va disminuir dràsticament entre 1996 i 1998 i des de llavors ha seguit disminuint gradualment.



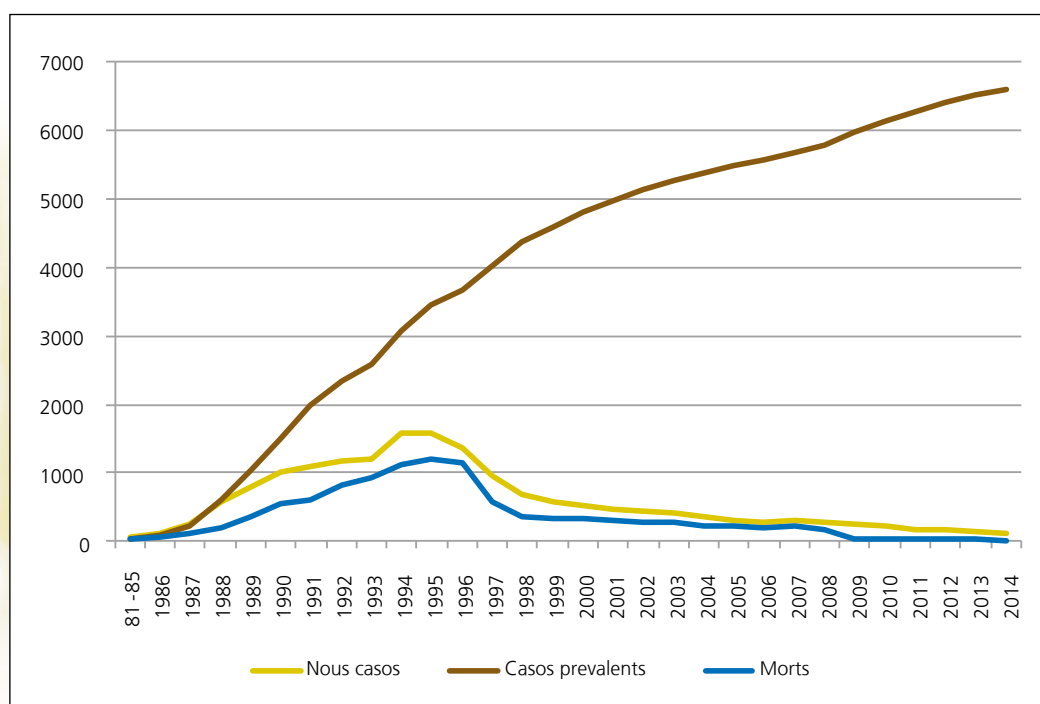
Taxa de gonocòccia, sífilis i VIH per 100.000 habitants per sexe. Catalunya, 2007-2014



Font: Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya, Departament de Salut

S'estima que a Catalunya, a finals de 2014, hi havia fins a 33.600 persones vivint amb el VIH, el 71% dels quals havien rebut el diagnòstic de la infecció i havien contactat almenys una vegada amb el sistema sanitari. D'aquests, el 85% estaven en seguiment actiu, dels quals un 91% estaven rebent tractament amb retrovirals. Aquests dos grups sumarien un 77% de persones que han estat diagnosticades i estan sent tractades. Per últim, un 87% dels que estan en tractament tenen supressió de la càrrega viral. Aquestes xifres de Catalunya són molt similars a les d'altres

Evolució del nombre de casos de sida nous, prevalents i morts. Catalunya, 1981-2014



Font: Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya, Departament de Salut

països europeus. Mantenir els sistemes d'informació en el context econòmic actual està sent imprescindible per garantir la detecció i el control d'aquestes malalties, i poder oferir un bon tractament a les persones afectades.

Accessibilitat i qualitat percebuda dels serveis sanitaris

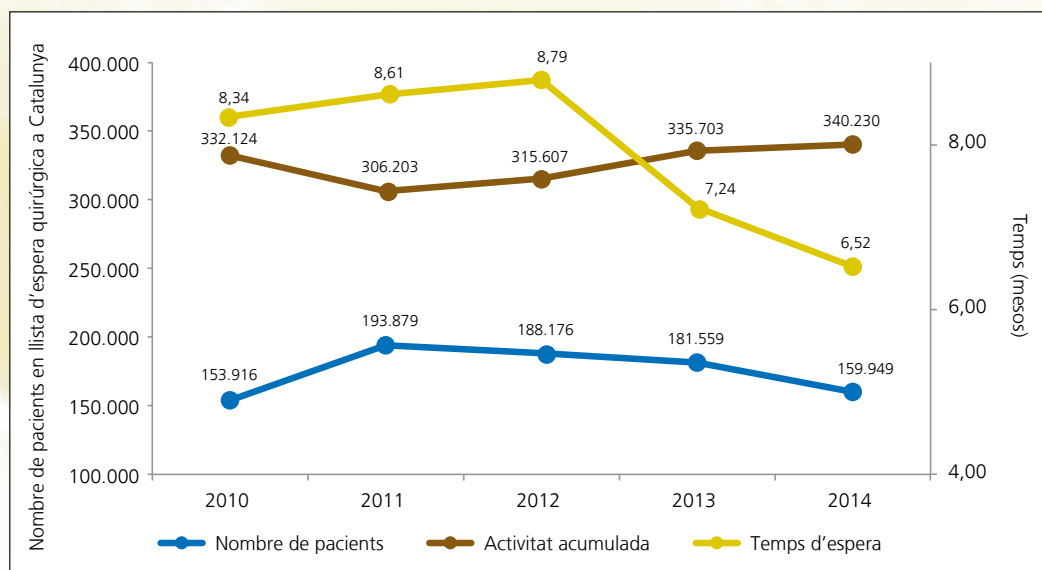
Cobertura sanitària

Catalunya proporciona cobertura universal pública a pràcticament tota la població. L'any 2012 l'aprovació del *Reial decret llei 16/2012, de 20 d'abril, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i la seguretat de les seves prestacions* per part del Govern de l'Estat va suposar l'exclusió de part de la població de la cobertura sanitària pública, principalment població estrangera sense residència legal. Davant d'aquesta situació, Catalunya va presentar un recurs d'inconstitucionalitat contra l'article que establia aquesta exclusió, i va decidir no aplicar-lo. Per tal de regular la cobertura de la població exclosa, des de l'any 2012, el Servei Català de la Salut ha desplegat un conjunt d'instruccions (Instrucció 03/2013 i Instrucció 08/2015) per garantir l'accés a l'atenció sanitària dels estrangers empadronats, i ha aprovat un conveni amb la Creu Roja per donar cobertura sanitària a aquells grups de la població sense accés a l'empadronament i en situació de vulnerabilitat. Actualment s'ha reconegut el dret a l'assistència a 189.552 persones que no tenen la condició d'assegurats de ple dret com a conseqüència de la modificació feta per l'Estat espanyol.

Intervencions quirúrgiques programades

L'activitat quirúrgica programada ha augmentat entre 2011 i 2014 després d'un període de disminució entre els anys 2008 i 2011. Aquest patró de l'evolució de l'activitat es reproduïx en la majoria de les intervencions quirúrgiques electives en què la intervenció pot esperar. Entre 2013 i 2014, el nombre de pacients que s'esperen per ser sotmesos a una operació a Catalunya ha disminuït un 24% pel que fa a les operacions garantides (temps d'espera garantit de 6 mesos) i un 12% pel que fa al global

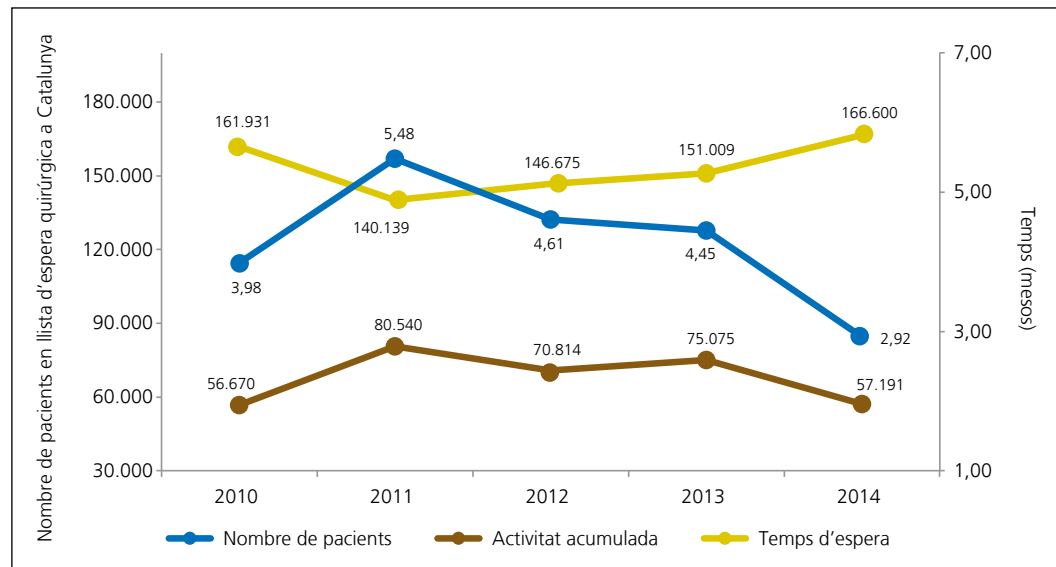
Evolució del nombre de pacients en llista d'espera quirúrgica, activitat acumulada i temps d'espera dels pacients intervinguts. Catalunya, 2010-2014



Font: Llistes d'espera, CatSalut

d'operacions quirúrgiques. El temps mitjà d'espera dels pacients que s'esperen és de 6,52 mesos i el 84% tenen un temps d'espera inferior a un any (81 % el 2010). En les operacions garantides, la reducció encara ha estat més important, el temps mitjà d'espera de 2014 se situa en 2,92 mesos mentre que el 2013 havia estat de 4,45 i el 2010, de 3,98.

Evolució dels 14 grups garantits: llista d'espera quirúrgica, activitat acumulada i temps d'espera dels pacients intervinguts. Catalunya, 2010-2014

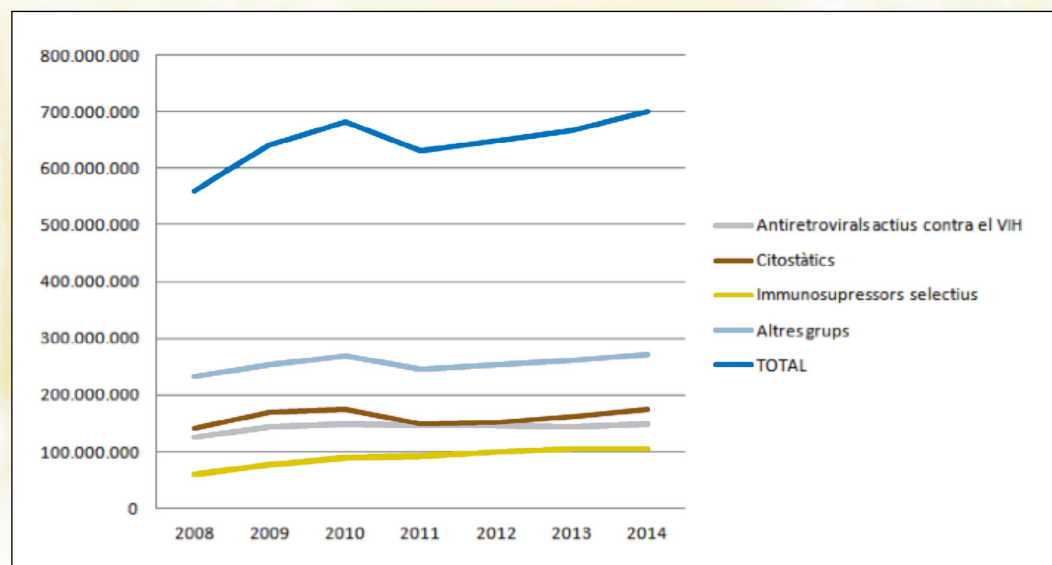


Font: Llistes d'espera, CatSalut

Medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA)

A l'octubre de 2013 va entrar en vigor la modificació estatal de les condicions de finançament públic de diferents medicaments que fins al moment es dispensaven de forma gratuïta, des dels serveis de farmàcia dels hospitals als pacients no hospitalitzats. Davant d'aquesta situació el Departament de Salut va decidir no aplicar la limi-

Evolució de la despesa en MHDA per tipus de fàrmac en euros corrents. Catalunya, 2008-2014



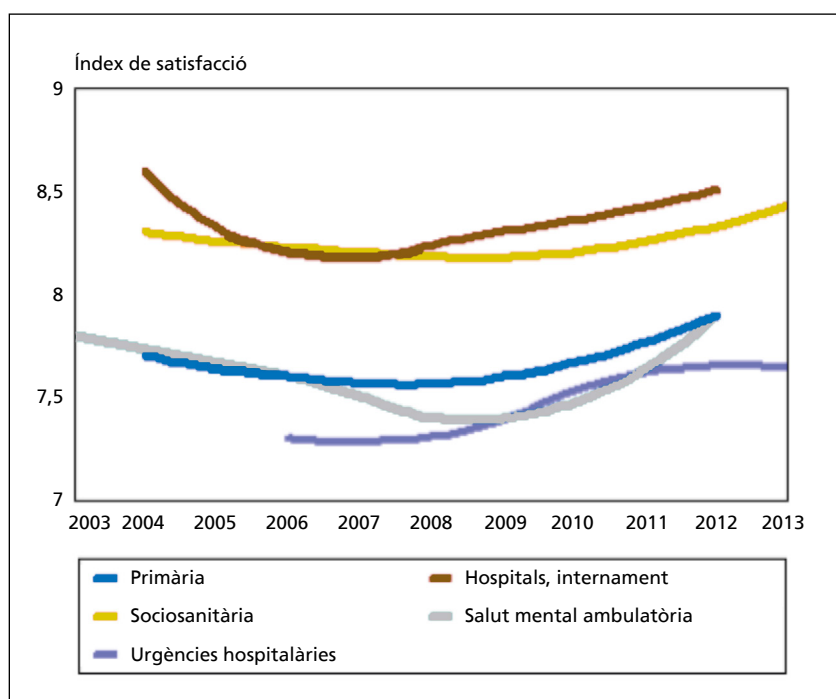
Font: Registre de farmàcia, CatSalut

tació de finançament de la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA). Entre 2008 i 2014 la despesa en medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA) ha augmentat aproximadament un 25%, passant d'una despesa de 560 milions d'euros a 699 milions d'euros.

La qualitat percebuda

Si s'observen els resultats dels estudis del Pla d'Enquestes de Satisfacció dels Assegurats (PLAENSA) es podria dir que, en general, la satisfacció ha mantingut els resultats que hi havia abans de la crisi i que, en general, en el darrer període 2012-2014 han millorat en la majoria de serveis i ítems de valoració, mentre que les valoracions de 2008 i 2009 van ser les que van obtenir resultats més baixos.

Evolució de la satisfacció per línia de servei. Catalunya 2003-2012



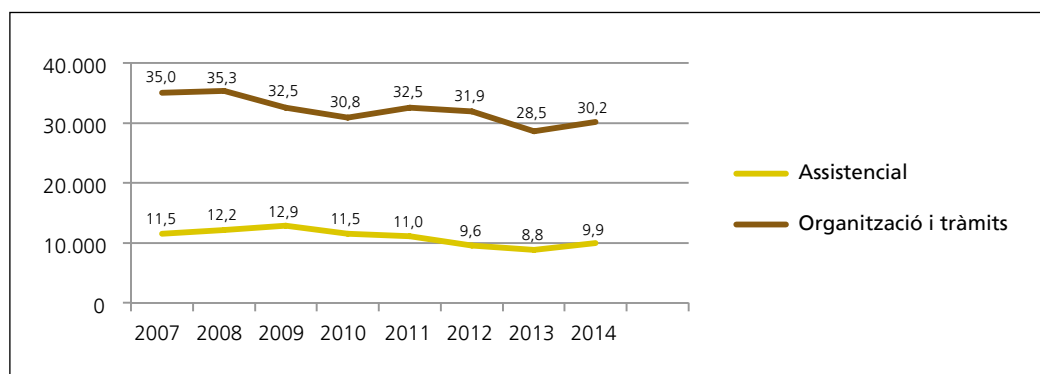
Font: PLAENSA, CatSalut

La mesura de les expectatives sobre la qualitat dels serveis sanitaris es realitza des de 2009 a través del Baròmetre Sanitari de Catalunya. Concretament, preguntant a la ciutadania si creu que, d'aquí un any, l'assistència sanitària a Catalunya serà millor, igual o pitjor. Al principi de la crisi les expectatives sobre la qualitat de l'assistència sanitària van baixar amb força, però des de 2012 aquesta tendència es trenca i s'inicia una tendència continuada de millora de les expectatives. Tot i la millora, aquestes expectatives continuen sent molt més baixes que el 2009.

Pel que fa a les reclamacions, tant les relacionades amb l'assistència com les relacionades amb l'organització han disminuït de manera gradual i constant des de l'any 2007 (un 13,8% del 2007 al 2017 en tots dos casos).



Evolució de les reclamacions de motius més freqüent. Catalunya, 2007-2014



Font: PLAENSA, CatSalut

Idees per emportar-se a casa i resum d'indicadors

- L'**esperança de vida** s'ha incrementat 1,8 anys (1,5 en dones i 2,6 en homes) entre 2007 i 2013. L'any 2013 era de 80,3 anys per als homes i de 86,0 anys per a les dones.
- L'**esperança de vida en bona salut** també ha millorat: abans de la crisi (2005) era de 63,0 anys (homes) i 60,5 anys (dones), mentre que a l'any 2013 els valors eren de 67,3 anys (homes) i 68,8 anys (dones).
- La **taxa de mortalitat general i prematura** (en persones menors de 70 anys) ha continuat decreixent. La mortalitat prematura ha disminuït especialment entre els homes.
- La taxa de **mortalitat evitable** ha seguit la mateixa tendència decreixent però amb una disminució inferior a causa de l'increment de la mortalitat per tumor maligne de pulmó en dones i pel suïcidi en ambdós sexes.
- La **taxa de mortalitat per suïcidi** creix des de l'any 2007, situant-se l'any 2013 en valors similars als de l'inici dels 2000. L'augment s'explica per l'increment entre les persones de 40 a 60 anys. Tres de cada quatre difunts per suïcidi són homes. Catalunya mostra una taxa molt baixa respecte Europa.
- Les **persones de 15 a 64 anys exemptes de copagament** (aproximació a població vulnerable) dupliquen de probabilitat de rebre tractament amb psicofàrmacs que la població amb copagament del mateix tram d'edat. Aquest col·lectiu també presenta major probabilitat de ser ingressat a l'hospital i de ser visitat a l'atenció primària i als centres de salut mental.
- En situacions de crisi econòmica alguns factors com l'estrès associat a la situació d'atur i a la manca de recursos econòmics afavoreixen l'empitjorament dels **hàbits i estils de vida** (consum de tabac, consum de risc d'alcohol i prevalença d'excés de pes).
- Entre 2008 i 2014 la **despesa en medicació hospitalària de dispensació ambulatoria** (MHDA) ha augmentat un 25%, passant d'una despesa de 560 milions d'euros a 699 milions d'euros. La limitació de finançament establerta per l'Estat espanyol no va ser aplicada pel Departament de Salut.

A continuació es presenta una matriu construïda amb els indicadors de salut que s'han analitzat en l'informe i dels quals es té informació per comarques. S'han ordenat les comarques segons el nombre d'indicadors que es troben en el quintil més favorable i en el més desfavorable, sense tenir en compte l'indicador de taxa d'hospitalització. Així, a la part superior, es mostren les comarques que tenen un major nombre d'indicadors amb valors dins del quintil més favorable, i a la part inferior, les que presenten un major nombre d'indicadors amb valors dins del quintil més desfavorable. Per l'indicador d'hospitalització els quintils s'han ordenat per un gradient de taxa d'hospitalització.

Les comarques que mostren valors més favorables, amb una major esperança de vida i un menor percentatge de persones consumidores de psicofàrmacs són el Pla de l'Estany, el Pallars Jussà i el Pallars Sobirà. Les comarques que mostren uns valors més desfavorables quant a mortalitat, esperança de vida i consum de psicofàrmacs són l'Alt Camp, la Ribera d'Ebre, el Baix Penedès i el Ripollès. En general, les comarques de les Terres de l'Ebre presenten valors poc favorables en els indicadors estudiats.

La taxa d'hospitalització no dona un patró clar de distribució respecte a la resta de variables, i està molt relacionada amb l'existència de recursos d'hospitalització al territori.

S'ha de tenir present que tant els casos de tuberculosi com els de suïcidis són poc valorables a moltes de les comarques, i això fa que sigui difícil establir un patró clar.

Matriu d'indicadors de salut per comarca de Catalunya en quintils

Comarques	Esperança de vida en néixer (2013)	Índex de mortalitat estandarditzada (IME) (2013)	Taxa estandarditzada de mortalitat per suïcidis (per 100.000 habitants) (2010-2013)	Taxa de tuberculosi (2014)	Percentatge ajustat de persones 15-64 anys consumidores de psicofàrmacs (2014)	Taxa estandarditzada d'hospitalització (2014)
Pallars Jussà	83,9	86,5	..	..	16,7	151,1
Pallars Sobirà	84,9	88,1	..	..	13,4	137,3
Pla de l'Estany	83,8	94,9	..	..	16,9	111,2
Baix Llobregat	82,8	105,4	6,8	11,2	18,9	134,8
Conca de Barberà	84,4	96,5	..	..	16,8	124,1
Vallès Oriental	83,5	99,4	5,1	10,4	18,2	122,3
Cerdanya	85,6	93,0	..	..	17,0	119,6
Baix Ebre	83,6	95,3	7,0	14,9	18,6	118,8
Val d'Aran	87,0	70,3	..	..	17,5	118,4
Vallès Occidental	83,2	101,6	6,7	12,2	18,6	127,3
Maresme	83,2	105,3	4,9	11,6	18,3	121,6
Terra Alta	83,0	95,9	..	..	18,0	113,9
Pla d'Urgell	84,1	97,3	..	..	17,8	110,9
Segarra	82,7	105,8	..	..	15,6	105,7
Alta Ribagorça	84,2	109,5	..	..	15,8	105,3



Comarques	Esperança de vida en néixer (2013)	Índex de mortalitat estandaritzada (IME) (2013)	Taxa estandaritzada de mortalitat per suïcidis (per 100.000 habitants) (2010-2013)	Taxa de tuberculosi (2014)	Percentatge ajustat de persones 15-64 anys consumidores de psicofàrmacs (2014)	Taxa estandaritzada d'hospitalització (2014)
Bages	83,3	100,0	9,7	6,5	20,7	136,0
Alt Urgell	82,9	103,7	..	..	18,5	134,9
Barcelonès	83,5	94,7	8,3	19,6	17,5	130,2
Baix Camp	82,8	105,5	9,5	12,6	18,1	125,8
Moianès*					18,7	124,0
Alt Penedès	83,3	100,0	7,0	15,1	17,6	123,6
Osona	83,0	105,7	..	17,4	19,2	120,9
Gironès	83,1	99,9	9,0	12,4	18,4	117,6
Selva	83,2	100,1	7,0	7,6	19,6	117,0
Alt Empordà	83,5	94,7	11,6	17,8	17,4	112,5
Garrigues	82,5	106,5	..	..	16,9	108,4
Garrotxa	82,8	102,9	..	21,4	16,9	107,0
Tarragonès	82,6	104,4	10,7	16,0	18,5	128,6
Anoia	82,0	109,1	9,3	10,2	17,7	127,1
Garraf	82,5	108,5	9,4	14,4	17,8	126,1
Montsià	83,0	103,1	7,6	..	19,6	116,1
Priorat	83,4	104,4	..	..	20,5	114,5
Solsonès	82,0	102,7	..	..	19,0	112,0
Urgell	82,1	109,0	..	..	16,3	111,9
Baix Empordà	83,0	102,2	12,7	17,3	19,0	110,4
Segrià	82,5	105,0	9,9	25,3	17,1	109,7
Noguera	82,4	99,3	9,5	40,6	18,0	105,8
Berguedà	82,1	105,9	..	..	24,1	134,5
Ripollès	81,8	109,9	..	..	21,9	132,0
Ribera d'Ebre	81,6	109,8	..	..	19,4	131,1
Baix Penedès	82,1	105,3	11,3	14,0	20,3	126,6
Alt Camp	81,6	113,7	..	29,2	19,2	136,2
Catalunya	83,2	100	8,2	15,1	18,2	126,1
Quintil més favorable					Quintil més desfavorable	
Quintil amb més taxa d'hospitalització					Quintil amb menys taxa d'hospitalització	

.. Nombre de casos insuficient

* Les dades del Moianès només estan disponibles pels indicadors d'utilització de serveis

Font: Registre de Mortalitat de Catalunya i Registre de Tuberculosi, Departament de Salut; Resgistre de Farmàcia i CMBD-HA. CatSalut

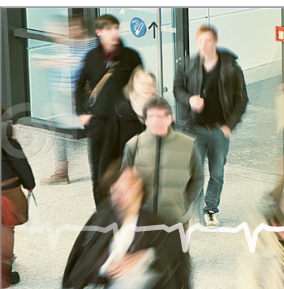


OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Relació d'indicadors socioeconòmics amb indicadors de salut





Relació d'indicadors socioeconòmics amb indicadors de salut

A continuació es presenta l'anàlisi territorial de la relació entre indicadors socioeconòmics i indicadors de salut, per tal d'observar quin és l'impacte potencial dels primers en la salut i si els resultats mostren patrons de comportament diferents entre comarques.

Que les condicions socioeconòmiques i l'entorn físic, ambdues relacionades, influeixen en la salut de les persones és un fet ben conegut i esmentat anteriorment. La següent matriu mostra, per comarques, indicadors socioeconòmics com la taxa d'atur de més de dos anys i la renda familiar disponible bruta per habitant, i indicadors de salut com l'esperança de vida al néixer i l'índex de mortalitat estandarditzat (IME). Els colors faciliten la interpretació i mostren la distribució per quintils de cada variable: color mostassa pels quintils amb valors més favorables (més alts en el cas de renda i esperança de vida, però més baixos en el cas d'atur de més de dos anys i l'IME) i groc pels valors menys favorables. On més patent es fa la relació és en la taxa d'atur de més de dos anys (representa el 45% de tot d'atur a Catalunya) i l'esperança de vida en néixer, amb una associació negativa que es pot veure més clarament si s'examinen els quintils. Menys clara està la relació amb la renda familiar disponible bruta, doncs dins d'aquesta hi ha també els ingressos procedents de les prestacions socials, que, en algunes comarques, representen un 25% de la renda familiar disponible i constitueixen un important element mitigador de la pobresa. Per a poder observar més exhaustivament la relació entre ambdós blocs d'indicadors caldria una anàlisi amb més profunditat que examini l'evolució temporal d'aquests, els seus components principals i, en especial, d'aquells persistentment afectats (atur de més de dos anys) sobre els quals s'haurien de prioritzar les polítiques socials.

Matriu d'indicadors socioeconòmics i de salut per comarca de Catalunya en quintils

Comarques	Taxa d'atur registral de més de dos anys (2012)	Renda familiar disponible bruta x hab. (milers d'euros) (2012)	Esperança de vida en néixer (2013)	Índex de mortalitat estandarditzada (IME) (2013)
Val d'Aran	0,6	15,5	87,0	70,3
Pallars Sobirà	1,5	15,6	84,9	88,1
Cerdanya	1,8	16,1	85,6	93,0
Pla de l'Estany	3,1	14,5	83,8	94,9
Pla d'Urgell	3,2	16,4	84,1	97,3
Alta Ribagorça	0,8	16,4	84,2	109,5
Pallars Jussà	4,4	15	83,9	86,5
Barcelonès	4,6	18,4	83,5	94,7
Terra Alta	3,6	13,7	83,0	95,9
Garrotxa	3,6	15,8	82,8	102,9
Conca de Barberà	4,9	14,9	84,4	96,5
Alt Penedès	5,0	16,5	83,3	100,0
Baix Llobregat	5,5	17,1	82,8	105,4
Vallès Oriental	6,3	16,4	83,5	99,4
Baix Ebre	6,9	12,6	83,6	95,3
Alt Urgell	3,6	13,6	82,9	103,7
Segarra	3,9	15,2	82,7	105,8
Segrià	3,9	15	82,5	105,0
Noguera	4,4	14,1	82,4	99,3
Gironès	4,4	16,2	83,1	99,9
Priorat	4,6	14,6	83,4	104,4
Alt Empordà	4,8	13,6	83,5	94,7
Tarragonès	5,0	15,4	82,6	104,4
Baix Empordà	5,4	14,4	83,0	102,2
Baix Camp	6,0	14,6	82,8	105,5
Osona	6,3	16	83,0	105,7
Vallès Occidental	6,9	16,9	83,2	101,6
Maresme	6,9	16,5	83,2	105,3
Garrigues	3,7	14,4	82,5	106,5
Ripollès	4,1	16,7	81,8	109,9
Solsonès	4,2	14,4	82,0	102,7
Selva	5,9	13,9	83,2	100,1
Bages	7,4	15,8	83,3	100,0
Ribera d'Ebre	3,7	15,6	81,6	109,8
Alt Camp	6,3	15	81,6	113,7
Garraf	6,9	16,1	82,5	108,5
Montsià	7,0	11,9	83,0	103,1
Berguedà	7,2	15,5	82,1	105,9
Urgell	4,4	14	82,1	109,0
Anoia	8,2	15,1	82,0	109,1
Baix Penedès	10,6	14,1	82,1	105,3
Catalunya	5,5	16,6	83,2	100

Quintil més favorable

Quintil més desfavorable

Font: Departament d'Empreses i Ocupació, Idescat i Registre de Mortalitat de Catalunya. Departament de Salut



A continuació es mostra l'anàlisi de la relació entre la taxa d'atur i el consum de psicofàrmacs. Com ja s'ha esmentat anteriorment, tant Catalunya com la resta de l'Estat espanyol són dels països amb més alt consum de psicofàrmacs. Com mostren estudis previs, la situació sociolaboral de les persones pot contribuir a empitjorar la salut mental. La taula següent mostra per comarques la taxa d'atur, la taxa d'atur de més de dos anys, el percentatge de persones (de 15 a 64 anys) que consumeixen psicofàrmacs i el percentatge de persones del mateix grup d'edat que consumeix psicofàrmacs, i que estan exemptes de copagament.

La taxa d'atur de més de dos anys és l'indicador que mostra una major associació amb el consum de psicofàrmacs, però de forma moderada. De fet, ja s'ha explicat anteriorment amb els resultats del *General Health Questionnaire* (GHQ) que la població aturada i, sobretot, la població amb atur de llarga durada, presenta pitjors resultats pel que fa a la salut mental que la població ocupada. Aquest gradient es pot observar per a la població aturada i per a l'aturada de més de dos anys en examinar els colors de les cel·les, tot i que no de manera nítida. Cal tenir en compte que l'associació entre els dos indicadors no vol dir que hi hagi causalitat, ja que hi ha altres factors que hi influeixen. La manca d'una relació forta pot explicar-se per l'elevat consum de psicofàrmacs al nostre país, i pel fet que la franja d'edat amb major consum d'ansiolítics i hipnòtics és la de més de 65 anys, és a dir, fora de l'àmbit laboral.

Matriu d'indicadors d'atur i de consum de psicofàrmacs per comarca de Catalunya en quintils

Comarques	Taxa d'atur registral (2014)	Taxa d'atur registral de mes de dos anys (2012)	Percentatge ajustat de persones 15-64 anys consumidores de psicofàrmacs que realitzen copagament (2014)	Percentatge ajustat de persones de 15-64 anys exemptes de copagament i consumidores de psicofàrmacs (2014)
Garrotxa	12,0	3,6	16,9	33,9
Pallars Sobirà	11,3	1,5	13,4	33,3
Alta Ribagorça	9,0	0,8	15,8	13,3
Segarra	11,2	3,9	15,6	31,2
Cerdanya	9,6	1,8	17,0	25,6
Pla de l'Estany	11,5	3,1	16,9	42,4
Val d'Aran	7,5	0,6	17,5	40,8
Osona	15,4	6,3	19,2	35,4
Conca de Barberà	15,2	4,9	16,8	36,0
Alt Empordà	18,3	4,8	17,4	32,0
Urgell	15,6	4,4	16,3	39,0
Pallars Jussà	14,5	4,4	16,7	37,1
Solsonès	13,5	4,2	19,0	35,2
Garrigues	12,9	3,7	16,9	39,1
Terra Alta	12,1	3,6	18,0	48,2
Pla d'Urgell	13,3	3,2	17,8	42,1
Vallès Oriental	17,7	6,3	18,2	38,1
Alt Camp	18,0	6,3	19,2	40,4
Baix Llobregat	16,6	5,5	18,9	38,8
Baix Empordà	19,5	5,4	19,0	32,6
Alt Penedès	17,2	5,0	17,6	36,3
Gironès	15,4	4,4	18,4	38,1
Ripollès	12,7	4,1	21,9	41,1
Segrià	16,3	3,9	17,1	41,2
Alt Urgell	14,4	3,6	18,5	45,5
Maresme	18,6	6,9	18,3	37,6
Vallès Occidental	17,8	6,9	18,6	37,3
Baix Ebre	19,1	6,9	18,6	43,0
Baix Camp	20,3	6,0	18,1	40,8
Tarragonès	19,8	5,0	18,5	41,9
Barcelonès	14,6	4,6	17,5	42,2
Noguera	14,9	4,4	18,0	42,6
Ribera d'Ebre	16,6	3,7	19,4	41,0
Anoia	20,8	8,2	17,7	37,1
Bages	17,6	7,4	20,7	35,5
Berguedà	16,2	7,2	24,1	37,1
Garraf	19,8	6,9	17,8	40,2
Selva	19,3	5,9	19,6	38,7
Priorat	14,2	4,6	20,5	47,1
Baix Penedès	26,8	10,6	20,3	36,9
Montsià	20,1	7,0	19,6	45,6
Moianès*			18,7	45,4
Catalunya	16,7	5,5	18,2	39,0

Quintil més favorable

Quintil més desfavorable

* Les dades del Moianès només estan disponibles pels indicadors d'utilització de serveis

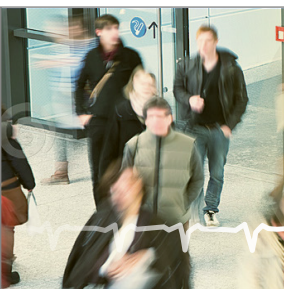
Font: Departament d'Empresa i Ocupació i Registre de Farmàcia. Cat Salut

OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Implicacions en les polítiques públiques





Implicacions en les polítiques públiques

Que les polítiques públiques —socials i econòmiques— tenen una influència en el nivell de salut de la població i que modulen la influència que tenen els factors socioeconòmics, el gènere i la immigració en les desigualtats en salut és un fet. Les polítiques de protecció social semblen ser eficaces per amortir la influència de les fluctuacions macroeconòmiques en les taxes de mortalitat (Bremberg, 2003). Les polítiques orientades a l'equitat contribueixen a millorar les desigualtats en salut. Poc tenen a veure les conseqüències que va tenir la crisi de Rússia de principis dels anys 90 amb les de Finlàndia de la mateixa època, i les polítiques desenvolupades per ambdós governs són la principal causa (Rivadeneyra-Sicilia et al., 2014).

Donada la complexitat i l'impacte múltiple que produeixen les crisis econòmiques, l'abordatge des de les polítiques públiques per pal·liar els seus efectes ha de ser intersectorial. Eines com el **Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP)** són claus per garantir aquesta aproximació transversal, actuant sobre els determinants de la salut per reduir o eliminar les desigualtats en salut.



El PINSAP pretén que tots els sectors del Govern, de les administracions públiques catalanes i de la societat maximitzin la capacitat de millorar la salut i el benestar associat a la salut de la població de Catalunya a través del disseny i implementació de polítiques públiques saludables i el desenvolupament d'iniciatives de promoció i de protecció de la salut, particularment adreçades als grups més vulnerables de la societat. Entre les propostes realitzades en el marc d'aquest pla s'ha dissenyat el Test Salut (Acord de Govern de 14 d'octubre de 2014) que es realitza en totes les polítiques públiques del Govern que poden impactar en l'estat de salut de la població, per a la identificació, el seguiment i l'abordatge dels determinants de la salut en les polítiques públiques responsabilitat del Govern.

Aquest any (2015) s'ha elaborat el *primer informe anual de seguiment (dades 2014 i 2015) del PINSAP Salut en totes les polítiques* en el qual es recullen les actuacions amb impacte sobre la salut que s'han dut a terme pels diferents departaments que influeixen en la salut i en la reducció de les desigualtats. Una part important d'aquestes actuacions han contribuït a amortir els efectes de la crisi econòmica.



Tal com reflecteix l'informe, malgrat que el nombre total de persones aturades està disminuint en els últims anys, les persones aturades de llarga durada segueixen creixent. La desocupació condueix sovint a la privació material i social, a l'estrès psicològic i a l'adopció de conductes de risc que posen en perill la salut i la supervivència (Milner et al., 2013). La manca d'ocupació s'associa amb problemes de salut físics i mentals que inclouen la depressió, l'ansietat i l'augment de les taxes de suïcidi (Catalano et al., 2011).

Davant d'aquesta situació és important mantenir polítiques de protecció social (prestacions d'atur, prestacions de jubilació, ajudes familiars, etc.) per mitigar la disminució dels ingressos familiars i les seves conseqüències però aquestes han d'anar acompanyades per polítiques de foment de l'**ocupació** i la reincorporació ràpida al món laboral. Aquestes són polítiques de vital importància per tal de tornar a generar producció, fer sostenibles les polítiques de protecció social, i no fer perennes situacions de dependència de prestacions socials que poden portar a la marginació.

Des del Departament d'Ocupació s'han definit i estan desplegant polítiques actives que prioritzen els col·lectius més desafavorits (discapacitats, perceptors de la renda mínima d'inserció, joves i persones en situació d'atur de llarga durada).

Algunes d'aquestes actuacions: sistema de protecció i foment del treball de persones en risc d'exclusió, suport a la integració sociolaboral de persones en risc d'exclusió per mitjà d'empreses d'inserció, formació de joves de 16 i 24 anys que no estudien ni treballen, Programa Joves per l'ocupació, mesures dirigides a les persones en atur de llarga durada, ja sense prestacions o que només reben la renda mínima d'inserció, entre d'altres (informació més ampliada a l'informe de seguiment del PINSAP).

El nivell **educatiu** de les persones és determinant per l'ocupació, el nivell d'ingressos i la salut, especialment l'educació, que exerceix d'ascensor social, permetent mobilitat social intergeneracional, és a dir, que la renda dels fills no depengui de la dels pares. Un efecte semblant es dona en termes de salut, el que es coneix com mobilitat intergeneracional de salut, o la relació entre l'estat de salut autopercebut dels progenitors i la dels seus fills i filles. Els estudis empírics suggereixen que l'estat de salut autopercebut dels fills depèn de manera significativa del dels seus progenitors, un cop ajustat per característiques personals com l'edat, el sexe i la composició de la llar (Pascual et al., 2009). Això és especialment important ja que, de nou ajustant per nivell d'ingressos, educació i classe social dels pares, els nens i nenes amb mala salut tenen menor nivell educatiu, pitjor salut i classe social més baixa quan arriben a adults, adults que a la seva vegada poden ser pares o mares. En altres paraules, en



el cas de mala salut, l'ascensor social funciona però només «per baixar». La inversió en educació, finançada públicament, facilita la igualtat d'oportunitats evitant que la pobresa sigui hereditària, permet mobilitzar els millors recursos humans (sense discriminació per raó d'origen socioeconòmic) (García-Altés et al., 2014) i té una influència determinant en l'estat de salut. Tenint en compte el pes de l'educació com a determinant de la salut, en un context de crisi, davant la disjuntiva entre la despesa en salut i la despesa en educació, s'han de prioritzar aquelles que aportin un major valor afegit, que poden no ser les sanitàries (Thomson et al.). Reforçar les polítiques d'educació mitiga l'exposició als riscos econòmics i socials d'una crisi. Tot i que a l'informe es veu com ha incrementat el nombre de joves de 17 anys que continuen els estudis, és important seguir reforçant les polítiques d'educació. Entre les polítiques que ja s'estan desplegant en aquest sentit destaca el Pla Ofensiu de país a favor de l'èxit escolar, amb l'objectiu de millorar els resultats educatius i reduir el fracàs escolar i l'abandó dels estudis. Per a col·lectius específics més vulnerables també s'han desplegat actuacions com les mesures per respondre a les necessitats individuals d'aprenentatge de l'alumnat per assolir l'èxit en finalitzar l'educació secundària obligatòria.

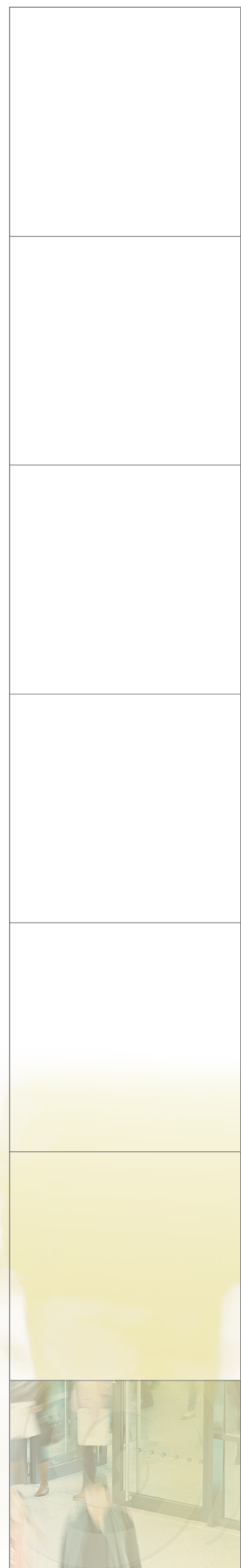


La disponibilitat i l'accés a l'habitatge digne en un entorn físic i comunitari adequat repercuteix sobre la salut de les persones, tant físicament com psicològicament i social. És per aquest motiu que les polítiques d'**habitatge** també han de tenir un paper rellevant. Les intervencions adreçades a millorar l'aïllament dels habitatges són importants per reduir les conseqüències de l'exposició al fred a les llars sobre la salut de les persones. Les polítiques d'eficiència energètica dels habitatges poden reduir les conseqüències sanitàries de l'escassetat de fonts d'energia. Tenint en compte tots aquests aspectes, una part important de les polítiques d'habitatge del Govern de la Generalitat d'aquests darrers anys han anat dirigides a millorar l'accés de les persones de menys nivell socioeconòmic a un habitatge adequat i en bones condicions. Una de les principals actuacions desplegades ha estat el Pla pel dret a l'habitatge que té com objectius: evitar la pèrdua de l'habitatge, facilitar l'accés en condicions assequibles (ajuts al pagament del lloguer, accés al parc públic, accés a borses de lloguer) i promoure l'entrada al mercat de lloguer social d'habitatges desocupats. Altres mesures destacables són l'ampliació de la protecció enfront de la pobresa energètica mitjançant la *Llei 20/2014, de 29 de desembre, de modificació de la Llei 22/2010 del Codi de consum de Catalunya que amplia la protecció de la pobresa energètica*. Actualment l'aplicació de part de la llei està suspesa pel recurs d'inconstitucionalitat presentant per l'Estat. També s'han incorporat aspectes de salut en la valoració per a l'adjudicació d'ajuts a l'habitatge en situacions d'emergència econòmica, social i altres casos amb necessitat especial (priorització de persones amb problemes de salut crònics complexos).

Les principals conclusions de l'informe giren al voltant de la **pobresa**. Durant la crisi s'ha incrementat la pobresa, i el perfil de persones que viuen per sota del llindar de la pobresa. Abans eren les persones de més de 64 anys les que presentaven més risc i ara són els menors de 16 anys (en primer lloc) i les persones entre 15 i 64 anys (en segon lloc). Un altre aspecte destacat és que l'11,7% de la població ocupada es situa per sota del llindar de la pobresa. Per tal de combatre els efectes de la crisi en el benestar de les persones i lluitar contra l'augment de la pobresa, caldria continuar aplicant el Pla d'acció per a la lluita contra la pobresa i per a la inclusió social a Catalunya (2015-2016). Aquest pla és una estratègia transversal en la qual participen tots els departaments de la Generalitat; entre els seus eixos d'actuació hi ha la cobertura de les necessitats bàsiques, l'ocupació, l'habitatge, l'àmbit relacional i comunitari, i com a eix prioritari la lluita contra la pobresa i la inclusió social en la infància i l'adolescència.



Per tal de preveure i mitigar les desigualtats que es puguin produir en un context de crisi, també és important mantenir i reforçar aquelles polítiques públiques centrades en els grups de població més vulnerables. La **població infantil** és un d'aquests grups. La proposta del Govern català a aquesta necessitat ha estat el Pacte per a la Infància a Catalunya, un acord social, consensuat i participat pels principals agents institucionals, socials i econòmics. La concreció d'aquest pacte en mesures queda recollit en el Pla d'atenció integral a la infància i l'adolescència que inclou polítiques de participació, promoció, prevenció i protecció. Com a mesures més concretes de resposta a les necessitats immediates de la població infantil, cal destacar el Protocol per a la detecció i el seguiment de situacions de dificultat en l'alimentació d'infants i adolescents.



Aquesta mateixa línia, també és important mantenir i reforçar polítiques públiques orientades a lluitar contra les desigualtats en grups de població que en un context previ a la crisi ja mostraven majors desigualtats. Les polítiques de **gènere** (Pla estratègic de polítiques de dones) i les polítiques d'**integració** (Pla de ciutadania i de les migracions: horitzó 2016) en són un clar exemple. Les polítiques que donen suport a la participació de la dona en el mercat de treball i disminueixen la seva càrrega com a cuidadora o el model d'integració tenen una clara influència en la salut d'aquests grups.



A banda de les polítiques transversals, en què les polítiques de salut tenen i han de continuar tenint un paper clau, cal desenvolupar polítiques sectorials, exclusives de l'àmbit salut. Les característiques del sistema sanitari i les polítiques de salut són determinants de la magnitud de l'impacte de la crisi sobre les persones. Una cobertura universal de la població, una despesa adequada, uns copagaments baixos i evitables segons renda, i una priorització dels serveis més cost-efectius fan del sistema sanitari un amortidor dels efectes negatius d'una crisi.

Pel que fa a la **cobertura sanitària** a Catalunya, en el marc de la crisi, l'Estat espanyol va aprovar una reducció mitjançant l'aprovació del *Reial decret llei 16/2012, de 20 d'abril, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i la seguretat de les seves prestacions* per part del Govern de l'Estat. Aquesta regulació suposa un retorn encobert a un model de Seguretat Social i l'exclusió de la cobertura sanitària de la població estrangera sense residència legal. Ara bé, Catalunya es va oposar al compliment d'aquesta mesura i va presentar un recurs d'inconstitucionalitat considerant que anava en contra d'un dret. Així doncs, Catalunya i alguna altra comunitat autònoma, han creat mecanismes per mantenir la cobertura universal, conscients de la seva importància com un dels pilars de l'estat de benestar que contribueix a la cohesió social (reducció desigualtats). Des de l'any 2012, el Servei Català de la Salut ha desplegat un conjunt d'instruccions (Instrucció 08/2015; Instrucció 03/2013) per garantir l'accés a l'atenció sanitària dels estrangers empadronats, i ha aprovat un conveni amb la Creu Roja per donar cobertura sanitària a aquells grups de la població sense accés a l'empadronament i en situació de vulnerabilitat. Actualment s'ha reconegut el dret d'assistència a 189.552 persones que no tenen la condició d'assegurats de ple dret com a conseqüència de la modificació feta per l'Estat.

Tal com queda reflectit a l'informe, a partir de l'any 2010 es van produir ajustos pressupostaris (reducció de la **despesa**) que es van concentrar en les retribucions dels professionals, en els preus dels fàrmacs i en l'endarreriment dels pagaments de

centres concertats, farmàcia i proveïdors de béns i serveis. Les inversions també van patir els efectes d'aquests ajustament. En aquest context, es fa necessària una reflexió des de les polítiques públiques per dissenyar eines que facilitin la incorporació d'innovacions (farmacològiques, dispositius, aparells, etc.) prioritzant aquelles que presenten un major cost-efectivitat i contemplant la desinversió.

A banda dels canvis en la cobertura, el Govern de l'Estat també va introduir canvis en el **copagament** de la farmàcia, incrementant l'aportació dels ciutadans i incorporant nous col·lectius (pensionistes). Per tal de protegir els grups més vulnerables de la població dels efectes d'aquests canvis, el Servei Català de la Salut està assumint el 90% de la despesa de medicaments dels malalts crònics (4% de la població).

Tal com recull l'informe i tal com han mostrat alguns estudis, en un context de crisi econòmica (Gili et al., 2013), la prevalença de problemes de salut augmenta, així doncs les polítiques i intervencions orientades a protegir i promoure la **salut mental**, prevenir els suïcidis, tractar trastorns mentals i preveure l'abús d'alcohol, semblen especialment significatives en temps de dificultats econòmiques, sobretot en el grup de desocupats. En aquest sentit des del Govern de la Generalitat s'ha impulsat el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addicions i el Departament de Salut està desplegant des de 2014 el Codi risc de suïcidi que té per objectiu disminuir la mortalitat, augmentar la supervivència i prevenir la repetició de temptatives, actualment està operatiu a més del 60% del territori i està previst que ho estigui a tot Catalunya al primer trimestre de l'any 2016. Durant el primer any, el Codi risc de suïcidi s'ha activat en el 73% dels casos i el 94% de les persones han fet una sola temptativa de suïcidi durant aquest any.

La bibliografia afirma que les conductes de risc són susceptibles d'augmentar durant els períodes de crisi (Rivadeneyra-Sicilia et al., 2014; Larrañaga et al., 2014). Cal mantenir les polítiques de promoció de la salut i mesures preventives (consum de drogues i salut sexual).

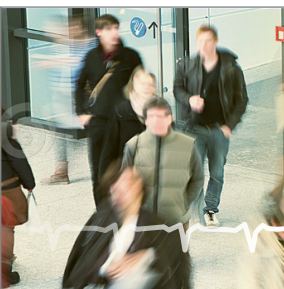
Per últim, és imprescindible que el desplegament de totes aquestes polítiques públiques sigui avaluat a mig i llarg termini, per tal d'anar validant la seva utilitat i impacte, i possibilitant la seva adaptació als canvis que es vagin produint en l'entorn. Aquesta avaluació és especialment important en l'àmbit de les polítiques transversals, entre les quals encara no disposem de prou evidència.

OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Metodologia





Metodologia

Fonts d'informació

Per analitzar els efectes de la crisi econòmica sobre la salut de la població, s'han classificat els indicadors en dos grans blocs: determinants socioeconòmics, i estat de salut, estils de vida.

En el primer bloc es recullen les dades del valor afegit brut, l'atur i els pressupostos de la Generalitat, i analitza amb més detall la renda, la pobresa i la desigualtat, obtingudes a partir de les següents fonts d'informació:

- Anuari Econòmic Comarcal de 2014 de Catalunya Caixa-BBVA
<https://www.catalunyacaixa.com/docsdlv/Portal/Servicio%20de%20Estudios/Documentos/Anuari%202014.pdf>
- Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat)
<http://www.idescat.cat/>
- Departament d'Ensenyament
<http://ensenyament.gencat.cat/ca/departament/estadistiques/>
- Departament de Salut
- Institut Nacional d'Estadística (INE)
<http://www.ine.es/>
- Observatori d'Empresa i Ocupació, Departament d'Empresa i Ocupació, Departament d'Economia
<http://observatoriempresaiocupacio.gencat.cat/ca/>
- Tresoreria General de la Seguretat Social (MEYSS)

En el segon bloc es mostren els indicadors esperança de vida, salut percebuda, la mortalitat, mortalitat per suïcidi, hàbits i estils de vida, embarassos, naixements i interrupcions voluntàries de l'embaràs i infeccions. També es recullen dades relacionades amb accessibilitat, llistes d'espera, MHDA i satisfacció de les persones usuàries.

Les fonts consultades per obtenir els indicadors han estat:

- Enquesta de salut de Catalunya (ESCA), Departament de Salut
http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/enquesta_salut_catalunya
- Registre de Mortalitat de Catalunya, Departament de Salut
http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/dades_de_salut_i_serveis_sanitaris/mortalitat/#FW_bloc_a14cc419-32cb-11e4-b688-000c29b9da6a_1
- Registre de farmàcia, CatSalut

- Conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBD-HA), CatSalut
- Conjunt mínim bàsic de dades de salut mental (CMBD-SM), CatSalut
- Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat)
<http://www.idescat.cat/>
- Estadística de la interrupció voluntària de l'embaràs, Departament de Salut
http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/dades_de_salut_i_serveis_sanitaris/interrupcio_voluntaria_de_lembaras_ive/
- Registre maternoinfantil, Departament de Salut
http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_professionals/temes_de_salut/salut_maternoinfantil/
- Registre de Tuberculosi, Departament de Salut
- Centre d'Estudis Epidemiològics de les ITS i Sida de Catalunya, Departament de Salut
<http://www.ceeiscat.cat/>
- Llistes d'espera, CatSalut
<http://catsalut.gencat.cat/ca/ciudadania/serveis-atencio-salut/com-accedeix/llistes-espera/>
- Registre de farmàcia, CatSalut
- Pla d'enquestes de satisfacció (PLAENSA), CatSalut
<http://catsalut.gencat.cat/ca/ciudadania/serveis-atencio-salut/valoracio-serveis-atencio-salut/millora-qualitat-serveis/pla-enquestes/index.html>

Anàlisi de la informació

Per a aquest informe s'ha seleccionat un conjunt d'indicadors relacionats amb els determinants socials de la salut, la salut i els hàbits i estils de vida, així com l'accés als serveis sanitaris que poguessin recollir tant la realitat de la situació actual com l'evolució dels últims anys. S'ha prioritzat també que la informació estigués disponible per comarques per poder tenir una visió territorial i, per últim, s'ha intentat mostrar informació tant sobre l'impacte total en la població com sobre grups més vulnerables quan ha estat possible.

Per estudiar l'evolució en el temps s'ha presentat la informació disponible del període 2007-2014, sempre que ha estat possible, agafant el 2007 com l'any de referència abans que la crisi econòmica comencés a influir en els diferents indicadors. En la majoria dels casos, s'han mostrat dades durant tot el període quan han estat disponibles, i s'han fet comparacions entre el primer any i l'últim utilitzant el percentatge de variació entre ambdós valors.

Per analitzar la informació territorial s'ha escollit la demarcació comarcal, ja que és una divisió territorial amb un balanç equilibrat entre la disponibilitat de dades i la rellevància d'informació. Tot i això, val la pena tornar a mencionar que aquesta divisió territorial pot amagar realitats molt diferents, sobretot en les comarques de major població. S'ha de tenir en compte que la comarca del Moianès es va constituir com



a tal a l'abril de 2015, fet que fa que no hi hagi informació disponible pels indicadors publicats abans, però sí pels indicadors d'accés als serveis sanitaris, on la informació s'assigna directament a la població de les comarques actuals.

Per comparar les comarques entre elles es calculen una sèrie de paràmetres de variació. Per mesurar la distància entre els valors de les comarques i la mitjana de Catalunya s'ha calculat el coeficient de variació, que s'obté dividint la desviació estàndard per la mitjana i que s'expressa en percentatge. Aquest càlcul, però, està molt afectat pel comportament de comarques petites amb un valor molt extrem. Per evitar aquest fenomen es mostren la desviació estàndard ponderada i el CVp per la població.

A més, en casos on els indicadors estan afectats per l'estructura d'edat de cada població, aquests s'han ajustat per l'estructura d'edat de la població de Catalunya per fer les dades comparables entre comarques, obtenint taxes estandarditzades.

Finalment, s'ha de tenir present que el pes de la població del Barcelonès influeix molt en les dades globals de Catalunya, de manera que la comparació de les dades comarcals amb la mitjana de Catalunya està molt influïda pel pes del valor d'aquesta comarca.

Consideracions metodològiques d'alguns indicadors

VAB

Les dades del VAB estan expressades en euros constants de l'any 2000, i calculades en base 2008. A més, s'ha de tenir en compte que la definició CCAE (Classificació catalana d'activitats econòmiques) va patir un canvi de classificació l'any 2009, que fa que en la categoria d'activitats sanitàries i de serveis socials hagin augmentat les categories relacionades amb els serveis socials, i que les activitats veterinàries hagin passat a una altra secció. Es pot considerar que aquests canvis no són molt influents en la totalitat de les xifres del sector d'activitats sanitàries i de serveis socials.

Taxa d'atur

Mitjançant l'Enquesta de població activa (EPA), l'INE publica dades de població desocupada, població activa i taxa d'atur per tot el territori espanyol i l'Idescat amplia trimestralment la tabulació per a l'àmbit de Catalunya. En aquest informe s'han utilitzat les dades de l'EPA per estudiar la taxa d'atur de Catalunya, tant per sexe com per edat. Malauradament, aquestes dades no permeten tenir informació territorial per comarca.

L'Observatori d'Empresa i Ocupació ha definit un nou indicador, la taxa d'atur registral, calculada a partir de valors obtinguts de registres administratius. La taxa d'atur registral mesura la relació existent entre l'atur registrat i una aproximació a la població activa registrada, calculada com a suma de l'atur registrat i les afiliacions a la Seguretat Social de la població de 16 a 64 anys resident en el territori considerat. Aquest indicador, a diferència de les dades de l'EPA, sí que permet fer un seguiment de l'evolució en el temps de les comarques de Catalunya.

S'ha de tenir en compte, però, que la taxa d'atur de l'EPA i la taxa d'atur registral no estan mesurant el mateix, ja que les seves metodologies són molt diferents. La taxa d'atur de l'EPA serà més elevada que la registral quan hi hagi més persones desocu-

pades i que busquen feina activament de les registrades als serveis d'ocupació i, al revés, la taxa d'atur registral serà més alta quan hi hagi més persones registrades de les que realment estan buscant activament feina. Abans de l'any 2008 la taxa d'atur registral era més alta a Catalunya que la taxa d'atur de l'EPA, moment en què va canviar aquesta tendència.

A partir de l'any 2008, doncs, coincidint amb l'inici de la crisi, la taxa d'atur registral és inferior a la de la taxa d'atur de l'EPA, segurament com s'apuntava anteriorment perquè no totes les persones que busquen una feina estan registrades als serveis d'ocupació, sobretot les que no reben cap prestació social i no confien gaire en trobar-ne a través dels serveis d'ocupació. En el cas dels més joves aquesta diferència és més elevada, ja que no s'inclouen els menors de 25 anys que estan cursant estudis reglats, aquells que busquen una ocupació de menys de 20 hores setmanals o aquells que busquen una ocupació de durada inferior als tres mesos, entre altres. Per tant, la taxa d'atur registral incorpora un biaix en el càlcul de la taxa d'atur a les comarques catalanes respecte a les xifres que publica trimestralment l'EPA per Catalunya, però sembla la millor opció possible per fer servir un indicador que mostri l'evolució de la taxa d'atur entre comarques i al llarg del temps.

S'ha de destacar també que les dades de taxa d'atur de l'EPA presentades en aquest informe són dades de la mitjana anual, mentre que les dades de la taxa d'atur registral són dades del quart trimestre.

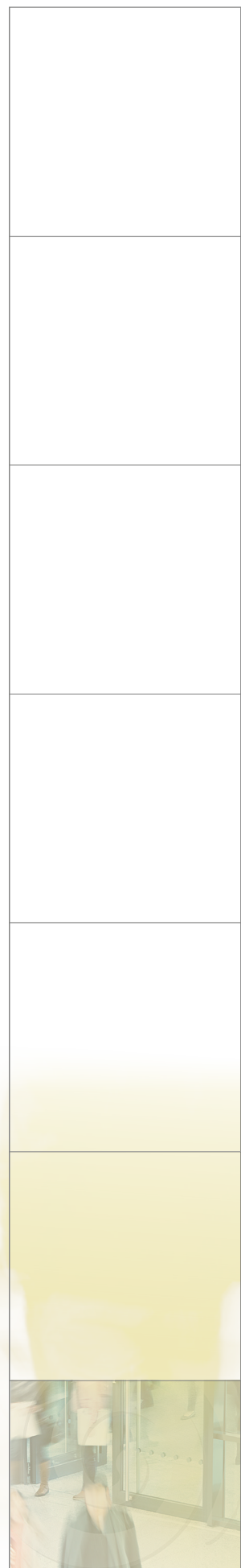
Per altra banda, les dades d'afiliació per residència dels treballadors afiliats és completa només a partir de l'any 2008, de manera que les dades de taxa d'atur registral comarcals només són fiables a partir d'aquest moment. Com a conseqüència, les dades comarcals d'atur per l'any 2007 es comparen amb les de 2014 a partir del nombre de persones aturades i registrades en el quart trimestre d'ambdós anys.

Indicadors de pobresa i exclusió social

La majoria dels indicadors que es presenten sobre la distribució de la renda i el risc de pobresa pel conjunt de Catalunya són extrets de l'Estadística de distribució personal de la renda i de risc de pobresa que publica l'Idescat, com a ampliació dels resultats de l'Enquesta de condicions de vida de l'INE. És important remarcar que aquesta enquesta va patir un canvi de metodologia l'any 2013.

Abans de l'any 2013 i des de 2004, el principal mètode de recollida de dades era l'entrevista personal, mentre que a partir de l'any 2013 es combina la informació donada per l'informant amb la informació dels registres administratius de l'Administració Tributària i la Seguretat Social. Això fa que les dades no siguin comparables entre ambdues sèries. Per determinats indicadors, s'han publicat estimacions retrospectives amb base 2013, que fa que disposem de dades calculades per les dues bases entre 2009 i 2012. En aquest informe es faciliten totes les dades disponibles de les dues sèries per poder fer més comparable la informació i intentar no perdre informació de l'evolució en el temps dels indicadors.

Quant als indicadors territorials de risc de pobresa i exclusió social presentats en el present informe, aquests han sigut publicats recentment (octubre de 2015) per part de l'Idescat i el Departament de Benestar Social i Família amb dades referents a l'any 2012. En aquest cas s'ha de destacar que els indicadors de pobresa i desigualtat, tot i tenir una definició molt semblant als indicadors de Catalunya, no són directament comparables perquè la metodologia emprada en el seu càlcul és diferent. El càlcul es



fa a partir de dades agregades i per exemple en el cas del percentatge de rendes inferiors al 60% de la mediana no es tenen en compte els individus que no perceben rendes (en el cas de Catalunya per calcular la taxa de risc de pobresa es fa servir un càlcul similar, però tenint en compte tant els individus que perceben rendes com els que no ho fan).

Indicadors de l'ESCA

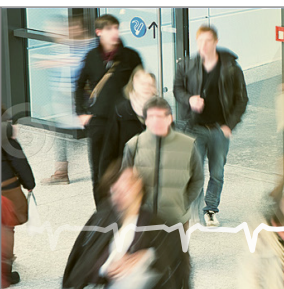
L'ESCA és l'activitat estadística oficial del Departament de Salut que recull informació sobre l'estat de salut, els estils de vida, i la utilització de serveis sanitaris de tota la població resident a Catalunya, sense límit d'edat. Consisteix en una entrevista personal realitzada en el domicili de les persones seleccionades. Fins l'any 2010 es feia una enquesta cada quatre anys i la grandària de la mostra permetia fer estimacions a nivell territorial. A partir de 2010, l'enquesta es fa de forma contínua mitjançant dues mostres anuals. Cada quatre anys es pot sumar la mostra per tenir representativitat a nivell territorial. Per a la visió prèvia a la crisi, hi ha dades de l'ESCA 2006. Per descriure la situació equivalent a l'any 2014, s'han analitzat les mostres de 2013 i 2014 de manera conjunta però tot i així no es poden fer estimacions territorials. A més, en molts casos no és possible establir diferències entre subgrups de població per manca de mostra (menys de 20 persones en alguns subgrups) quan s'estratifiquen els resultats.



OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Bibliografia



Bibliografia

II Congreso Iberoamericano de Epidemiología y Salud Pública. La epidemiología y la salud pública ante el reto de la cronicidad. Santiago de Compostela, 2-4 de septiembre de 2015. Gac. Sanit. 2015;29(espec Congr):17-194. [consultat 4 desembre 2015]. Disponible a: <http://gacetasanitaria.org/es/vol-29-num-s/suplemento/congresos/X0213911115X24386/#II CONGRESO IBEROAMERICANO DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA>

Agència de Salut Pública de Barcelona, coordination. SOPHIE. Conclusions of the SOPHIE Project. Social and economic policies matter for health equity [Internet]. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2015. [consultat 2 desembre 2015]. Disponible a: www.sophie-project.eu/pdf/conclusions.pdf

Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2014. 2015. [consultat 2 desembre 2015]. Disponible a: http://www.aspb.cat/quefem/docs/InformeSalut2014_2010.pdf

Bartoll X, Palència L, Malmusi D, et al. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. Eur J Public Health 2012;24:415-8.

Bremberg S. Does an increase of low income families affect child health inequalities? A Swedish case study. J Epidemiol Community Health. 2003;57:584-8.

Carmona G, López LA, Mendoza OJ, Oleaga I. Impacto de la crisis económica en la salud y en el sistema sanitario en España [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2015. [consultat 2 desembre 2015]. Disponible a: www.easp.es

Catalano R, Goldman-Mellor S, Saxton K, Margerison-Zilko C, Subbaraman M, LeWinn K, et al. The Health Effects of Economic Decline. Annu Rev Public Health. 2011;32:431-50.

Comissió Salut Mental FEDAIA. L'afectació de la salut mental en la població infantil i adolescent en situació de risc a Catalunya [Internet]. Barcelona: Federació d'Entitats d'Atenció i d'Educació a la Infància i l'Adolescència; 2014. [consultat 2 desembre 2015]. Disponible a: www.fedaia.org/sites/fedaia/files/uploads/estudi_salut_mental.pdf

Cortès-Franch I, González López-Valcárcel B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectiva. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28 Supl 1:1-6.

Dahlgren G, Whitehead M. A framework for assessing Health Systems from the public's perspective: the ALPS approach. Int J Health Serv. 2007;37(2):363-78.

de Miguel J, Millán P, Sabaté A, Velasco O. L'afectació de la crisi en la salut de les persones. Setembre 2014 [Internet]. Barcelona: Observatori de vulnerabilitat de la Creu Roja a Catalunya; 2014. Disponible a: www.creuroja.org

Equipo de Estudios Cáritas Española. VIII Informe del Observatorio de la Realidad Social. Empobrecimiento y desigualdad social. El aumento de la fractura social en una sociedad vulnerable que se empobrece [Internet]. Madrid: Cáritas Diocesanas;

2013. [consultat 2 desembre 2015]. Disponible a: www.caritas.es/publicaciones_download.aspx?Id=4706

Escuela Andaluza de Salud Pública. Impacto de la Crisis Económica en la Salud y en el Sistema Sanitario en España. 2015. [consultat 2 desembre 2015] Disponible a: <http://www.easp.es/project/impacto-de-la-crisis-economica-en-la-salud-y-en-el-sistema-sanitario-en-espana/>

European Anti Poverty Network. El estado de la pobreza. 4º informe. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2009-2013. Gener 2015. EAPN-España. [consultat 2 desembre 2015] Disponible a: http://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/recursos/1/1423562245_20150208_el_estado_de_la_pobreza._seguimiento_del_arope_2013_listo.pdf

Fernandez A, Garcia-Alonso J, Royo-Pastor C, et al. Effects of the economic crisis and social support on health-related quality of life: first wave of a longitudinal study in Spain. Br J Gen Pract 2015; DOI: 10.3399/bjgp15X684025.

García-Altés A, Ortún V. Funcionamiento del ascensor social en España y posibles mejoras. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28 Suppl 1:31-6.

Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. Eur J Public Health. 2012;23(1):103-8.

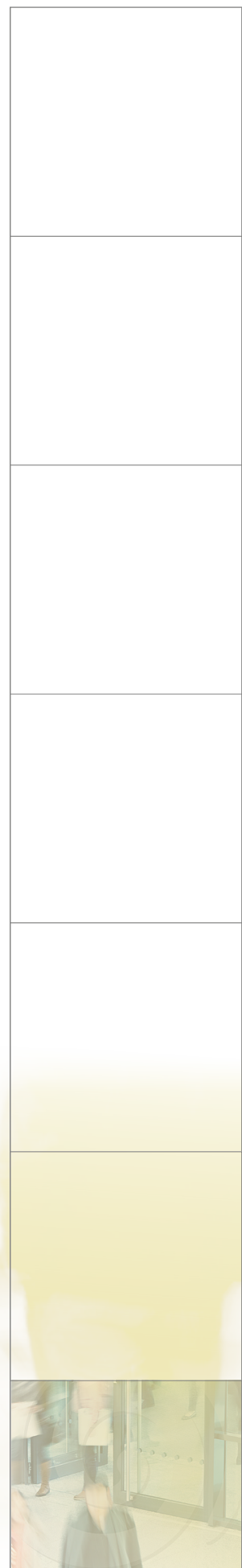
Informe SESPAS 2014. Gac Sanit.2014;28 Supl 1:1-146. [consultat 2 desembre 2015]. Disponible a:<http://www.gacetasanitaria.org/es/vol-28-nums1/suplemento/sespas/S0213911114X0004X/#Introducción>

Instrucció 03/2013 (modificació de la Instrucció 10/2012), de 5 d'abril, d'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública del CatSalut als ciutadans estrangers empadronats a Catalunya que no tenen la condició d'assegurats o beneficiaris del Sistema Nacional de Salut; 2013. [consultat 2 desembre 2015]. Disponible a: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2013/instruccio_03_2013_5_abril/instruccio_03-2013.pdf

Instrucció 08/2015, de 22 de juliol, d'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública del CatSalut als ciutadans estrangers empadronats a Catalunya que no tenen la condició d'assegurats o beneficiaris del Sistema Nacional de Salut [Internet]. Barcelona: CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015. [consultat 2 desembre 2015]. Disponible a: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2015/instruccio_08_2015/instruccio_08_2015.pdf

Jiménez-Martín S, Viola A. El sistema de salud en España en perspectiva comparada. Primer Informe Observatorio de Sanidad Fedea [Internet]. Madrid: Observatorio de la Sanidad Fedea; 2014. [consultat 2 desembre 2015]. Disponible a: <http://sanidad.fedea.net/docs/informe.pdf>

Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. Gac. Sanit. 2014; 28(S1):109-115.



Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS One. 2013;8(1):e51333.

Nova A, Ward J, Malmusi D, Díaz F, Darnell M, Trilla C, Bosch J, Borrell C. How substandard dwellings and housing affordability problems are associated with poor health in a vulnerable population during the economic recession of the late 2000s. International Journal for Equity in Health (2015) 14:120.

Observatori d'Empresa i Ocupació. Comarques catalanes: indicadors bàsics de producció, ocupació i atur. Edició 2015. Departament d'Empresa i Ocupació. Generalitat de Catalunya. [consultat 2 desembre 2015]. Disponible a: http://observatoriempresaiocupacio.gencat.cat/web/.content/04_-_focus/territori/documents/arxiu/comarques_catalanes_indicadors_basics_edicio_2014.pdf

Lopez JA, Gasparrini A, Artundo CM, et al. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. Eur J Public Health 2013;23:732-6.

Pascual M, Cantarero D. Intergenerational health mobility: an empirical approach based on the ECHP. Appl Econ. 2009;41:451-8.

Quiroga, V, Guasch C. L'afectació de salut mental en la població infantil i adolescent en situació de risc a Catalunya. Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 57. 2014:135-53.

Rivadeneyra-Sicilia A, Minué S, Artundo C, Márquez S. Lecciones desde fuera. Otros países en ésta y otras crisis anteriores. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014; 28 Supl 1:12-7.

Rivadeneyra-Sicilia A, Minué S, Artundo C, Márquez S. Lecciones desde fuera. Otros países en ésta y otras crisis anteriores. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014; 28 Supl 1:12-7

Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. Soc Sci Med. 2011:840-54.

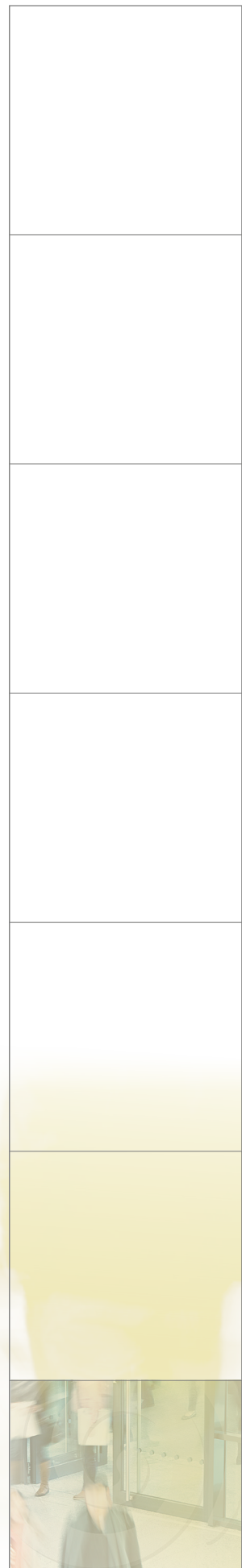
Servei d'Informació i Estudis. Estadística de la interrupció voluntària de l'embaràs. Catalunya, 2014. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Juliol de 2015. [consultat 2 desembre 2015]. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/dades_de_salut_i_serveis_sanitaris/interrupcio_voluntaria_de_l'embaras__ive/documents/informe_ive_2014.pdf

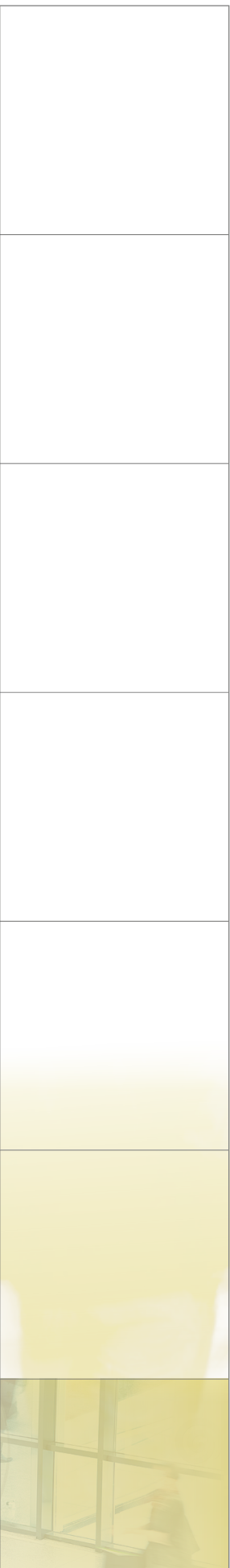
Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya. Informe epidemiològic CEEISCAT. 20 anys d'informació i recerca per a l'acció. Document tècnic núm. 22. SIVES 2015. Barcelona, 2015. Agència de Salut Pública de Catalunya, Generalitat de Catalunya. [consultat 2 desembre 2015]. Disponible a: <http://www.ceeiscat.cat/documents/sives2015.pdf>

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Posicionamiento de SESPAS sobre pobreza infantil y salud [Internet]. Barcelona: SESPAS; 2015. [consultat 2 desembre 2015]. Disponible a: www.sespas.es

Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Indicadors de salut perinatal a Catalunya. Any 2013. Informe executiu. Agència de Salut Pública de Catalunya, Generalitat de Catalunya. [consultat 2 desembre 2015]. Disponible a:
http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/salut_maternoinfantil/indicadors/info_executiu_indicadors_perinatal_2013.pdf

Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A, et al. Economic crisis, Health Systems and Health in Europe: impact and implications for policy [Internet]. Copenhagen (Denmark): World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies; 2004. [consultat 2 desembre 2015]. Disponible a: www.euro.who.int







Agència de Qualitat
i Avaluació Sanitàries de Catalunya



Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública de Catalunya

| PINSAP | Pla interdepartamental de salut pública



**Generalitat
de Catalunya**

Observatori del Sistema de Salut de
Catalunya (OSSC)

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries
de Catalunya (AQuAS)

Roc Boronat, 81-95 (2a planta)

08005 Barcelona

Tel. 93 551 39 00

Fax. 93 551 75 10

<http://observatorisalut.gencat.cat>

<http://aquas.gencat.cat>

Salut i crisi



<http://observatorisalut.gencat.cat>



Agència de Qualitat
i Avaluació Sanitàries de Catalunya



Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública de Catalunya

| PINSAP | Pla interdepartamental
de salut pública